

Vraag (v.(m.); vragen), **1** taaluiting waarop een reactie verwacht wordt, ter informatie, bevestiging of ontkenning: *wie bent u? was zijn eerste vraag; een spel van vraag en antwoord; een vraag zonder antwoord*, die niet te beantwoorden is; *een moeilijke, een gekke, malle, onnozele, onbescheiden, pertinente vraag; retorische vraag*, zie bij *retorisch*; *academische vraag*, van geen onmiddellijk praktisch belang, slechts van theoretisch belang; *een vraag doen, stellen, beantwoorden; voor jou een vraag, voor mij een weet*, zoveel als: dat weet ik en jij niet, maar ik zal het je (lekker) niet vertellen; (*dat is*) *ook een vraag!*, het is toch overbodig zo iets te vragen; dat spreekt toch van zelf; *de vraag rijst, doet zich voor, dringt zich op*; (w.g., jur.) *een partij op vragen horen* (gewoner: op vraagpunten), ondervragen; **2** (taalk.) volzin waarin of waarmee iets gevraagd wordt (ook als term in de muziek); *directe en indirecte vragen; in een vraag staat het werkwoord niet altijd voorop*; **3** in een vragende vorm geformuleerde (en vaak ook beantwoorde) uitdrukking

Vraag naar vraagsturing

Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg

vraag; **4** (taalk.) volzin waarin of waarmee iets niet zeker is, syn. *kwestie*; *ziedaar de vraag; een kerkrechtelijke vraag; dat is een andere vraag; dat is de vraag niet*, daarover gaat het hier niet; (zegsw.) *het is nog de vraag, of...*, het is onzeker; (zegsw.) *dat is zeer de vraag*, zeer onzeker; *de vraag naar ...*, het probleem omtrent; *voor de vraag staan*, voor het probleem: *elke dag sta je als vrouw voor de vraag, hoe de endjes aan elkaar te knopen* (Mens); -(germ.) probleem: *de vragen van de dag*; (in Belg., germ.) *iets in vraag stellen*, oplossen schroeven zetten, ter discussie, aan de orde stellen, in twijfel trekken, betwijfelen; **5** (kaartsp.) spel dat men zich in deze of gene kleur wenst te spelen, syn. *vraagspel*; **6** het vragen naar-, om te verwerven, m.n. om te kopen, syn. *kooplust, verlangen*; *er is veel vraag naar; vraag en aanbod; de vraag is bepalend voor de omvang en richting van de productie*; (m.betr.t. de omvang, het aantal) *niet aan de vraag kunnen voldoen; de vraag overtreft het aanbod*; **7** (in Belg., gall.) *op vraag van-*, op verzoek van-.

Vraag naar vraagsturing

Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de
Nederlandse gezondheidszorg

Demand for demand-driven care

An explorative study into the meaning of demand-driven care in the
Dutch health care system

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

Prof.dr. S.W.J. Lamberts

en volgens besluit van het College voor Promoties

De openbare verdediging zal plaatsvinden op

3 november 2006 om 11.00 uur

door

Wendy Gerarda Maria van der Kraan

geboren te Zaanstad

Promotiecommissie

Promotoren: Prof.dr. T.E.D. van der Grinten
Prof.dr. W.J.M. Kickert

Overige leden: Prof.dr. H.F.L. Garretsen
Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. W.B.H.J. van de Donk

ISBN-nummer: 90-8559-215-1

Dit proefschrift is mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vormgeving: W.J. Kesselaar
Druk: Optima Grafische Communicatie, Rotterdam
Omslag: Van Dale. 1995. Groot woordenboek der Nederlandse taal.
Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv.

© 2006, Wendy Gerarda Maria van der Kraan

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Vraagsturing als onderwerp van onderzoek

1.1	Inleiding	09
1.2	Aanleiding voor het onderzoek	10
1.3	Doelstelling	10
1.4	Vraagstelling	12
1.5	Sturingsconcepten in de zorg	13
1.6	De Nederlandse gezondheidszorg als context	14
1.7	Opzet van het onderzoek	15
	1.7.1 <i>Verkenning van het debat</i>	16
	1.7.2 <i>Beschrijving van het overheidsbeleid</i>	16
	1.7.3 <i>Casestudie</i>	17
1.8	Leeswijzer	24

Hoofdstuk 2 Vraagsturing als nieuw sturingsconcept

2.1	Inleiding	27
2.2	Introductie van vraaggestuurde zorg in de Nederlandse gezondheidszorg	27
	2.2.1 <i>Introductie</i>	27
	2.2.2 <i>Algemene maatschappelijke ontwikkelingen</i>	27
	2.2.3 <i>Ontwikkelingen in de (vraag naar) gezondheidszorg</i>	28
	2.2.4 <i>Economische ontwikkelingen</i>	29
	2.2.5 <i>Veranderende sturingsvisie van de overheid</i>	29
	2.2.6 <i>Samenvatting</i>	31
2.3	Definities van vraagsturing	31
	2.3.1 <i>Introductie</i>	31
	2.3.2 <i>Een keur aan definities</i>	31
	2.3.3 <i>Zeggenschapsverdeling</i>	34
	2.3.4 <i>Vraag naar zorg</i>	36
	2.3.5 <i>Positionering van vraagsturing</i>	38
	2.3.6 <i>Samenvatting</i>	40
2.4	Voorwaarden voor vraagsturing	40
	2.4.1 <i>Centrale elementen van vraagsturing</i>	40
	2.4.2 <i>Instrumenten</i>	42
	2.4.3 <i>Samenvatting</i>	46
2.5	Perspectieven op vraagsturing	47
	2.5.1 <i>Introductie</i>	47
	2.5.2 <i>Exit, voice en loyalty</i>	47
	2.5.3 <i>Verskillende perspectieven op vraagsturing</i>	48
	2.5.4 <i>Drie perspectieven</i>	50
	2.5.5 <i>Samenvatting</i>	50
2.6	Conclusie	51

Hoofdstuk 3 Drie perspectieven op vraagsturing

3.1	Inleiding		55
3.2	Economische perspectief		55
	3.2.1	<i>Introductie</i>	55
	3.2.2	<i>Gereguleerde marktwerking</i>	55
	3.2.3	<i>De zorgvrager als consument</i>	57
3.3	Participatie perspectief		60
	3.3.1	<i>Introductie</i>	60
	3.3.2	<i>Nederlandse gezondheidszorg als publiek domein</i>	60
	3.3.3	<i>De zorgvrager als participant</i>	62
3.4	Zorginhoudelijke perspectief		64
	3.4.1	<i>Introductie</i>	64
	3.4.2	<i>Hulpverlener-zorgvragerrelatie</i>	64
	3.4.3	<i>De zorgvrager als partner</i>	66
3.5	Centrale elementen van vraagsturing in de drie perspectieven		67
	3.5.1	<i>Introductie</i>	67
	3.5.2	<i>Soevereiniteit</i>	67
	3.5.3	<i>Zeggenschap</i>	68
	3.5.4	<i>Competenties</i>	69
	3.5.5	<i>Responsiviteit van de aanbodzijde</i>	69
	3.5.6	<i>Wederkerigheid</i>	70
3.6	Conclusie		70

Hoofdstuk 4 Beïnvloedende factoren

4.1	Inleiding		73
4.2	Kenmerken van het primaire proces		73
	4.2.1	<i>Introductie</i>	73
	4.2.2	<i>Invloed van technologie op de organisatiestructuur</i>	74
	4.2.3	<i>De zorgvraag als onderdeel van het primaire proces</i>	75
4.3	De omgeving		77
	4.3.1	<i>De omgeving als beïnvloedende factor</i>	77
	4.3.2	<i>Institutionele context</i>	79
	4.3.3	<i>Interorganisatiele afhankelijkheidsrelaties</i>	86
4.4	Afhankelijkheid als basis voor strategisch handelen		92
	4.4.1	<i>Introductie</i>	92
	4.4.2	<i>Omgaan met afhankelijkheid</i>	93
	4.4.3	<i>Afhankelijkheid als mogelijkheid ter beïnvloeding</i>	96
4.5	Conclusie		98

Hoofdstuk 5 Vraagsturing in het Nederlandse zorgbeleid

5.1	Inleiding		101
5.2	Opkomst van vraagsturing in het Nederlandse overheidsbeleid		102
	5.2.1	<i>Introductie</i>	102
	5.2.2	<i>Modernisering van de AWBZ</i>	104
	5.2.3	<i>Modernisering curatieve zorg</i>	105
	5.2.4	<i>Samenvatting</i>	107
5.3	De vraagzijde in de beleidsontwikkeling		108
	5.3.1	<i>Introductie</i>	108

5.3.2	<i>De zorgvrager als partij in de stelselherziening</i>	108	
5.3.3	<i>De zorgvrager in de AWBZ en de curatieve sector</i>	111	
5.3.4	<i>Constructie van de zorgvrager</i>	112	
5.4	Specifiek patiënten- en consumentenbeleid		113
5.4.1	<i>Introductie</i>	113	
5.4.2	<i>De zorgvrager als onderwerp van beleid</i>	114	
5.4.3	<i>Samenvatting</i>	116	
5.5	Implementatie van het overheidsbeleid		117
5.5.1	<i>Introductie</i>	117	
5.5.2	<i>Instrumenten ter versterking van de vraagzijde</i>	117	
5.5.3	<i>Samenvatting</i>	124	
5.6	Het gezondheidszorgbeleid vanuit drie perspectieven op vraagsturing		125
5.6.1	<i>Introductie</i>	125	
5.6.2	<i>Definitie van vraagsturing in het overheidsbeleid</i>	125	
5.6.3	<i>Centrale elementen van vraagsturing</i>	125	
5.6.4	<i>De drie perspectieven van vraagsturing in het overheidsbeleid</i>	127	
5.7	Het overheidsbeleid als context voor vraagsturing		129
5.8	Conclusie		131

Hoofdstuk 6 Vraagsturing in de langdurige zorg

6.1	Inleiding		133
6.2	Verzorgingshuiszorg aan huis		133
6.2.1	<i>Introductie</i>	133	
6.2.2	<i>Initiatiefnemers</i>	134	
6.2.3	<i>Verzorgingshuiszorg aan huis</i>	141	
6.2.4	<i>Externe betrokkenheid</i>	149	
6.3	Particuliere thuiszorg		159
6.3.1	<i>Introductie</i>	159	
6.3.2	<i>De organisatie</i>	159	
6.3.3	<i>De ontwikkeling van AZGR</i>	160	
6.3.4	<i>Externe betrokkenheid</i>	166	

Hoofdstuk 7 Vraagsturing in de kortdurende zorg

7.1	Inleiding		175
7.2	Het vraaggestuurde ziekenhuis		175
7.2.1	<i>Introductie</i>	175	
7.2.2	<i>Initiatiefnemer</i>	175	
7.2.3	<i>De reorganisatie</i>	179	
7.2.4	<i>Externe betrokkenheid</i>	185	
7.3	Het sportmedisch centrum		192
7.3.1	<i>Introductie</i>	192	
7.3.2	<i>Initiatiefnemer</i>	192	
7.3.3	<i>De opzet van het sportmedisch centrum</i>	198	
7.3.4	<i>Externe betrokkenheid</i>	203	
7.4	Anderhalfflijnzorg		210
7.4.1	<i>Introductie</i>	210	
7.4.2	<i>De organisatie</i>	210	

7.4.3	<i>De ontwikkeling van anderhalflijnzorg</i>	212
7.4.4	<i>Externe betrokkenheid</i>	219

Hoofdstuk 8 Vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg

8.1	Inleiding	227
8.2	Vraagsturing in de praktijk	228
	8.2.1 <i>Introductie</i>	228
	8.2.2 <i>Retoriek</i>	228
	8.2.3 <i>Vormgeving van vraagsturing in de praktijk</i>	231
	8.2.4 <i>Conclusie</i>	236
8.3	De Nederlandse gezondheidszorg als handelingscontext	237
	8.3.1 <i>Introductie</i>	237
	8.3.2 <i>Het primaire proces</i>	238
	8.3.3 <i>Institutionele context</i>	241
	8.3.4 <i>Interorganisatiele afhankelijkheidsrelatie</i>	246
	8.3.5 <i>Strategisch handelen</i>	251
	8.3.6 <i>Conclusie</i>	253
8.4	Inzicht in de vormgeving van vraagsturing	254

Hoofdstuk 9 Conclusie en Discussie

9.1	Inleiding	257
9.2	Opzet van het onderzoek	257
9.3	De opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg	258
9.4	Definities van vraagsturing	260
9.5	Perspectieven op vraagsturing	261
9.6	Beïnvloedende factoren	262
9.7	De vormgeving van vraagsturing in de praktijk	266
9.8	De betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg	267
9.9	Discussie	270
	9.9.1 <i>Introductie</i>	270
	9.9.2 <i>Legitimiteit van vraagsturing</i>	270
	9.9.3 <i>Sturing door de vraag of sturing van de vraag</i>	271
	9.9.4 <i>Afhankelijkheidsrelaties als basis van invloed</i>	272
	9.9.5 <i>Variatie in patiëntenparticipatie</i>	273

Literatuur	275
Bijlage 1 Afkortingen	285
Bijlage 2 Topiclijst	287
Bijlage 3 Respondenten	289
Summary	293
Dankwoord	299

1 Vraagsturing als onderwerp van onderzoek

1.1 Inleiding

De gezondheidszorg kenmerkt zich door een samenspel van actoren die in onderlinge samenhang en afhankelijkheid vormgeven aan de gezondheidszorg. Dit is echter verre van een stabiel samenspel. Allerlei maatschappelijke, politieke, economische en demografische ontwikkelingen zorgen voor een continue dynamiek en herdefiniëring van taken en verantwoordelijkheden van overheid, verzekeraars, aanbieders en zorgvragers. De introductie van het concept 'vraagsturing' kan ook in dit kader worden geplaatst.

De positie van de vrager naar zorg is de laatste jaren een centraal thema geweest in de Nederlandse gezondheidszorg. In de jaren zestig ontstond de cliëntenbeweging in de geestelijke gezondheidszorg die zich inzette voor de verbetering van de positie van de patiënt. In de overheidsnota's wordt vanaf begin jaren tachtig aan patiëntenorganisaties een belangrijke rol toegekend (Trappenburg, 2005:9).

Sinds het begin van de jaren tachtig is het thema 'zorg op maat' kenmerkend geweest voor het gezondheidszorgbeleid. In beleidsnota's wordt beleden dat de zorg meer uit moet gaan van de hulpvragen en niet zozeer van het aanbod (RVZ, 1998). Daarnaast is het dominante streven voor de bestuurlijke verhoudingen: minder overheid en meer markt (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a). Nederland staat hier niet alleen in. Om in een context van beheersing van overheidsuitgaven toch tegemoet te kunnen komen aan de groeiende vraag naar zorg worden in heel Europa gezondheidszorghervormingen voorgesteld. Net als in veel andere Westerse landen wordt de Nederlandse gezondheidszorg geconfronteerd met een groeiende zorgvraag die ook in toenemende mate variatie laat zien. Vergrijzing en ontgroening oefenen een toenemende druk uit op de Nederlandse gezondheidszorg om meer zorgaanbod te leveren. Maatschappelijke ontwikkelingen vragen echter ook om differentiatie in dat aanbod. In sociaal, cultureel en economisch opzicht wordt de samenleving pluriformer, wat leidt tot een grotere vraag naar maatwerk (Noordegraaf, 2002).

In Nederland luidde het advies van de commissie Dekker (1987) een omslag in. Ontstaan vanuit een privaat initiatief was het zwaartepunt in de aansturing van de gezondheidszorg steeds meer bij de overheid komen te liggen, met het aanbod als aangrijpingspunt. Deze 'aanbodregulering' bereikte in de jaren tachtig haar hoogtepunt. De commissie Dekker geeft in haar advies aan dat aanbodregulering voor te veel regels en bureaucratie zorgt en te weinig prikkels geeft voor effectiviteit en efficiëntie. De commissie doet aanbevelingen voor geregleerde concurrentie en zorgvernieuwing (Kasdorp, 2001). De analyse van de commissie wordt nog steeds breed onderschreven, evenals de door de commissie aanbevolen richting waarin het systeem van aanbodregulering moet worden aangepast: Geregleerde concurrentie, vraagsturing en zorgvernieuwing (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a). Om te komen tot een optimaal werkend systeem moeten echter niet alleen hervormingen plaatsvinden aan de aanbodzijde van de zorg, maar ook aan de vraagzijde (Segal, 1998). Daarom worden sinds het advies van de commissie Dekker door de opeenvolgende kabinetten meer evenwichtige marktverhoudingen beoogd door versterking van de vraagzijde van de markt. De vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zoveel mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg (VWS, 2001). In dit kader wordt gesproken over een verschuiving van aanbodregulering richting vraagsturing.

1.2 Aanleiding voor het onderzoek

De term ‘vraagsturing’ is in de jaren negentig in de mode geraakt in de Nederlandse gezondheidszorg (Oudenampsen, 1999). Vraagsturing heeft zich ontwikkeld tot een concept dat momenteel niet meer weg te denken is uit het beleid en de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Het begrip wordt op verschillende niveaus gebruikt om aan te geven dat het zorgaanbod meer gericht is en moet/wil zijn op de wensen en preferenties van de zorgvrager (Noordegraaf & Grit, 2004).

De overheid tracht met haar beleid randvoorwaarden te creëren voor vraaggestuurde zorg. Centrale elementen in dat beleid zijn versterking van de positie van de zorgvrager, het stimuleren van het ondernemersgedrag bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en het creëren van handelingsvrijheid voor deze actoren door middel van deregulering en decentralisatie. Bij de implementatie van haar beleid maakt de overheid gebruik van verschillende instrumenten: wet- en regelgeving (bijvoorbeeld Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), financiële regelingen (bijvoorbeeld door de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB) en de Diagnose Behandel Combinaties (DBC)) en informatievoorzieningen (bijvoorbeeld prestatie-indicatoren, zorgportaal).

Deze maatregelen grijpen in op verschillende niveaus in het gezondheidszorgsysteem. Op het collectieve niveau door onder anderen een versterking van de positie van patiënten- en consumentenorganisaties in de diverse onderhandelingsarena's ten opzichte van andere partijen en door decentralisatie van verantwoordelijkheden naar het provinciale en gemeentelijke niveau. Op het individuele niveau versterken maatregelen de positie van de individuele patiënt/consument ten opzichte van het zorgaanbod en de zorgverzekering.

Door deze maatregelen, maar zeker ook door de eerder geschetste maatschappelijke ontwikkelingen wordt de Nederlandse verzorgingsstaat geconfronteerd met een toenemend spanningsveld tussen collectieve belangen en individuele belangen. Hoe kan binnen een collectief systeem, ter bescherming van solidariteit en toegankelijkheid, tegemoet worden gekomen aan de individuele wensen in een pluriforme samenleving?

Dit spanningsveld komt ook tot uiting in de wijze waarop de overheid de omslag richting vraaggestuurde zorg implementeert. Marktmechanismen worden gereguleerd geïntroduceerd en aangevuld met decentralisatie van bestuurlijke verantwoordelijkheden en een aanspraak op burgerlijke verantwoordelijkheid.

Naast een overheidsbeleid, dat de ontwikkeling richting een vraaggestuurde gezondheidszorg stimuleert en organiseert, is er ook een breed publiek debat ontstaan over de (on)mogelijkheden van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Normatieve en descriptieve discussies lopen daarbij door elkaar. Er bestaan verscheidende opvattingen en visies op vraagsturing die gepaard gaan met veel verschillende definities van vraagsturing en (sterk) gerelateerde termen.

In dit krachtenveld krijgt vraagsturing vorm in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Zorgpartijen reageren op het overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen en geven invulling aan hun nieuwe rol en verantwoordelijkheden in een vraaggestuurde gezondheidszorg.

1.3 Doelstelling

De betekenis en de vormgeving van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg vormt een resultante van veel verschillende ontwikkelingen op verschillende niveaus. Maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de emancipatie van de

burger en een groeiende culturele diversiteit van de bevolking), demografische ontwikkelingen en technologische ontwikkelingen leiden tot een grotere aandacht voor de wensen en behoeften van de zorgvrager. Deze ontwikkelingen krijgen hun neerslag in het overheidsbeleid omtrent de gezondheidszorg. Het concept 'vraagsturing' wordt ook gebruikt om af te komen van het huidige aanbodgeruleerde gezondheidszorgstelsel. Dit beleid en de veronderstellingen die daaraan ten grondslag liggen over de keuzevrijheid en –mogelijkheden van consumenten/patiënten en de wijze waarop vraagsturing vorm moet krijgen is onderwerp van discussie. Er bestaan veel verschillende visies over en verwachtingen van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg.

De vraag is hoe het spanningsveld tussen collectieve en individuele belangen en de diversiteit aan perspectieven in het debat over vraagsturing zich vertaalt in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Zal vraagsturing verworden tot een containerbegrip en zijn waarde als nieuw sturingsconcept verliezen of is de diversiteit in retoriek en vormgeving juist noodzakelijk om de omslag van aanbodregulering naar vraagsturing daadwerkelijk te bewerkstelligen?

Dit onderzoek wil meer inzicht verwerven in de wijze waarop het concept vraagsturing wordt gebruikt in het overheidsbeleid en de manier waarop actoren op het regionale, lokale en instellingsniveau omgaan met en praktisch vormgeven aan het concept vraagsturing. Enerzijds leidt dit inzicht tot een beter algemeen begrip van de wijze waarop 'nieuwe' (sturings)concepten worden opgenomen in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Anderzijds leidt dit inzicht in de implementatie van vraagsturing tot een beter begrip van de specifieke wijze waarop actoren omgaan met een heroriëntatie op taken en bevoegdheden, en in het bijzonder, het centraal zetten van de zorgvrager als bepalende actor.

Het onderzoek heeft een brede oriëntatie. Dit betekent allereerst dat er niet alleen gekeken zal worden naar de inhoud en implementatie van het overheidsbeleid, maar dat er ook wordt gekeken naar de wijze waarop actoren in de zorg reageren op veranderingen in de maatschappelijke context, waarin zorgvragers worden verondersteld mondiger te worden, meer vragen te stellen en meer eigen regie te willen over de zorg die ze nodig hebben.

Daarnaast wordt de vormgeving van vraagsturing ook breed opgevat. Enerzijds wordt er gekeken naar de wijze waarop het begrip wordt besproken en gebruikt in (beleids)documenten op de verschillende niveaus en hoe verschillende actoren spreken over vraagsturing en het begrip definiëren. Anderzijds wordt er ook gekeken naar de wijze waarop in de praktijk van de gezondheidszorg vorm wordt gegeven aan vraagsturing.

De doelstelling van dit onderzoek kan aan de hand van de volgende punten worden weergegeven:

- Het beschrijven van de wijze waarop 'vraagsturing' door verschillende partijen wordt gedefinieerd en geconcretiseerd;
- Het bieden van inzicht in de vormgeving van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg en verklaringen aanreiken voor keuzen die daarin worden gemaakt.

Door de uitgebreide verkenning van het concept vraagsturing zal dit onderzoek bijdragen aan een beter begrip van de wisselwerking tussen het overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast zal dit onderzoek inzicht bieden in de processen van articulatie, anticipatie en accommodatie waarlangs nieuwe sturingsconcepten worden bedacht, uitgelegd, bekritiseerd en al dan niet toegepast in de praktijk van beleid en management in de gezondheidszorg. Tevens zal dit onderzoek

inzicht bieden in de wijze waarop (veronderstelde) beïnvloedende factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van nieuwe sturingsconcepten.

1.4 Vraagstelling

De centrale vraag in dit onderzoek luidt als volgt:

Welke betekenis krijgt vraagsturing binnen de Nederlandse gezondheidszorg?

Van deze vraagstelling zijn de volgende onderzoeksvragen afgeleid:

1. Hoe kan de opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg worden begrepen?
2. Hoe wordt vraagsturing gedefinieerd?
3. Welke perspectieven op vraagsturing kunnen worden onderscheiden?
4. Welke factoren beïnvloeden de vormgeving van vraagsturing in de context van de Nederlandse gezondheidszorg?
5. Op welke wijze wordt in de praktijk vormgegeven aan vraagsturing?

In de deelvragen wordt de centrale onderzoeksvraag systematisch uiteengelegd. De betekenis van vraagsturing wordt aan de hand van een drietal aspecten besproken: de opkomst van het begrip in de Nederlandse gezondheidszorg, de wijze waarop het begrip conceptueel vorm krijgt en de concrete vormgeving van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg.

Als eerste komt de opkomst van het concept vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg aan de orde. Het begrip is geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg om een omslag aan te geven in het overheidsbeleid. Daarnaast is het concept echter ook een resultante van een bredere maatschappelijke ontwikkeling, waaronder de emancipatie van de burger (en dus ook de patiënt). Inzicht in de reden waarom en de wijze waarop vraagsturing is opgekomen in de gezondheidszorg biedt een basis voor een beter begrip van de betekenis van het concept.

Een tweede aspect is de definiëring van vraagsturing. Door een conceptuele verkenning uit te voeren naar vraagsturing wordt duidelijk hoe verschillende actoren het begrip vraagsturing opvatten en hanteren en daarmee hoe ze inhoud geven aan het begrip.

Naast een conceptuele verkenning van het begrip vraagsturing wordt er ook gezocht naar de verschillende perspectieven op de vormgeving en betekenis van vraagsturing in de gezondheidszorg. In de discussie over vraagsturing kunnen verschillende visies worden onderscheiden. Elke visie hanteert bepaalde uitgangspunten en veronderstelt bepaalde noodzakelijke voorwaarden voor een succesvolle implementatie van vraagsturing. De verschillende perspectieven geven een beeld van de potentiële betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg en wat daarvoor de noodzakelijke randvoorwaarden zijn.

De vierde deelvraag heeft betrekking op de factoren die van invloed zijn op de vormgeving van vraagsturing.

De laatste deelvraag heeft betrekking op de feitelijke vormgeving van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Naast een conceptuele en theoretische verkenning van de mogelijke betekenis van vraagsturing wordt er in dit onderzoek ook een empirische verkenning uitgevoerd. Vraaggestuurde zorg wordt reeds op verschillende manieren beproefd in de gezondheidszorg. Aan de hand van verschillende casestudies zal worden verkend hoe in concrete situaties wordt omgegaan met het concept vraagsturing, hoe vorm wordt gegeven aan het concept en wie daar bij betrokken zijn. De

conceptuele verkenning van het begrip vraagsturing en de verschillende perspectieven op vraagsturing en de theoretische verkenning van (potentieel) beïnvloedende factoren worden geconfronteerd met de empirische situaties in de verschillende casus.

1.5 Sturingsconcepten in de zorg

Vraagsturing is geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg als alternatief voor aanbodregulering, wat tot nu toe het dominante aansturingmechanisme is geweest. Vraagsturing wordt vaak gelijk gesteld aan marktwerking, waarbij vraag en aanbod elkaar moeten vinden op een (gereguleerde) markt. Afstemming vindt plaats door directe communicatie en uitwisseling van financiële middelen. Vraagsturing kent echter wel degelijk zijn eigen dynamiek als sturingsconcept.

De introductie van vraagsturing is deel van een ontwikkeling in de besturing van de Nederlandse publieke sector in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. Het is een ontwikkeling, waarin ‘governance’ meer op de voorgrond treedt. Kooiman (1993:35) geeft aan dat de toenemende complexiteit, diversiteit en dynamiek van de samenleving vraagt om een verschuiving in de wijze van aansturing. Hij beschrijft een verschuiving van een eenzijdige, hiërarchische, wijze van aansturing naar een meer horizontale interactie tussen overheid en samenleving. De wijze van governance moet de dynamiek, diversiteit en complexiteit van de samenleving incorporeren (Kooiman, 1993; De Bruijn & Ten Heuvelhoff, 1997 In: Kickert, Klijn & Koppenjan, 1997).

Om het begrip ‘governance’ in de praktijk hanteerbaar te maken formuleert Rhodes (1997:53) een overkoepelende definitie: “governance refers to self-organizing, inter-organizational networks.” Rhodes onderscheidt daarbij de volgende kenmerken van ‘governance’:

- Afhankelijkheid tussen organisaties. ‘Governance’ is breder dan ‘government’ doordat het ook niet-overheid actoren meeneemt. Doordat de grenzen van de staat verschuiven, worden grenzen tussen publieke, private en vrijwillige sectoren ondoorzichtiger;
- Continue interactie tussen netwerkleden, doordat er sprake is van een behoefte om middelen uit te wisselen en gezamenlijke doelstellingen af te stemmen;
- Spelachtige interacties, verankerd in vertrouwen en gereguleerd door de regels van het spel die gezamenlijk overeengekomen zijn door de netwerkleden;
- Een belangrijke mate van autonomie ten opzichte van de staat. Netwerken zijn geen verantwoording schuldig aan de staat; ze zijn zelforganiserend. Hoewel de staat geen soevereine positie inneemt, kan deze wel indirect en imperfect het netwerk sturen.

Er zijn twee betekenissen van New Public Governance die elkaar min of meer afwisselen qua dominantie: ‘managerialism’ en ‘the new institutional economics’. Het eerste begrip verwijst naar het introduceren van management methoden uit de private sector in de publieke sector. “It stresses: hand-on professional management, explicit standards and measures of performance; managing by results; value for money; and **closeness to the customer**” (Rhodes, 1997:48). Het tweede begrip verwijst naar het introduceren van ‘incentive structures’ (marktwerking) in een sector van publieke goederen. “It stresses: disaggregating bureaucracies; greater competition through contracting out and quasi-markets; and **consumer choice**” (Rhodes, 1997:49).

In de discussie rondom vraagsturing kunnen de elementen van deze twee dominante betekenissen van New Public Governance teruggevonden worden. Rhodes haalt ook

Rosenau aan die aangeeft dat governance de rol van de burger versterkt. “Given a world where governance is increasingly operative without government, where lines of authority are increasingly more informal than formal, where legitimacy is increasingly marked by ambiguity, citizens are increasingly capable of holding their own by knowing when, where and how to engage in collective action” (Rosenau, 1992b In: Rhodes, 1997:58). De twee invullingen van ‘New Public Governance’ en de bespreking van Rosenau geven de diversiteit en de dynamiek van het concept vraagsturing weer. Vraagsturing betreft de emancipatie van de burger c.q. patiënt, maar betreft ook een heroriëntatie van de partijen die traditioneel het netwerk vormden. Beide ontwikkelingen kunnen echter op verschillende manieren vorm krijgen. De context waarin dit plaatsvindt, is daarbij ook van belang. De maatschappelijke ontwikkelingen krijgen in elke sector van de samenleving hun eigen invulling, zo ook in de gezondheidszorg.

1.6 De Nederlandse gezondheidszorg als context

Dit verkennende onderzoek naar vraagsturing vindt plaats binnen de context van de Nederlandse gezondheidszorg. De Nederlandse gezondheidszorg is een complexe sector, die door een diversiteit aan aangeboden diensten kan worden gekarakteriseerd als een verzameling deelmarkten. Er worden in het algemeen twee verschillende criteria gehanteerd voor het onderscheiden van deelmarkten. Enerzijds de indeling naar aard van de stoornis en de daarop gerichte zorg (care, cure, preventie), anderzijds de indeling naar het karakter en het doel van de onderhandelingsrelaties tussen actoren (verzekeren, zorg inkopen, zorg verlenen). De eerste indeling komt later ter sprake in subparagraaf 1.7.3. Hieronder wordt de gezondheidszorg besproken aan de hand van de tweede indeling.

De gezondheidszorgsector kan schematisch worden weergegeven als een driehoek waarbij de zijden worden gevormd door de volgende deelmarkten:

<u>De zorgverzekeringsmarkt:</u>	de relatie tussen verzekeraar en verzekerde
<u>De zorginkoopmarkt:</u>	de relatie tussen verzekeraar en zorgaanbieder
<u>De zorgverleningsmarkt:</u>	de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt/consument

Als overstijgende partij is ook de overheid betrokken die de kaders vaststelt waarbinnen deze relaties zich afspelen (RVZ, 2000).

De financiering van de gezondheidszorg is geregeld in een gemengd verzekeringsstelsel, dat bestaat uit een particulier en een sociaal gedeelte. De financieringsvorm van de verzekering wordt als buffer gezien tegen een al te opdringerige overheid. De sociale elementen in het verzekeringsstelsel (Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) werken als buffer tegen een doorschietende individualisering en commercialisering van de zorg. Het verzekeringsstelsel¹ wordt beschreven aan de hand van drie compartimenten. Het eerste compartiment is de zorg die gefinancierd wordt uit de AWBZ. De middelen hiervoor worden via het belastingstelsel geïnd. Het tweede compartiment bestaat uit de zorg waar burgers voor verzekerd zijn middels het verplichte ziekenfonds of de vrijwillige particuliere ziektekostenverzekering. Het derde compartiment (waaronder de aanvullende verzekeringen) wordt geheel gefinancierd door private middelen. De verschillende compartimenten worden gekenmerkt door verschillende wettelijke regelingen en besturingsstructuren en –culturen.

De dienstverlening in de Nederlandse gezondheidszorg wordt grotendeels verzorgd door zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren en particuliere organisaties, die zich bij hun functioneren in belangrijke mate kunnen laten leiden door de eisen die de pro-

fessie en de medische bedrijfsvoering stellen. In de gezondheidszorg bestaat traditioneel een grote mate van professionele autonomie.

De combinatie van de bovengenoemde karakteristieken leidt tot sterke onderlinge afhankelijkheden in de besturing van de gezondheidszorg. Of het nu gaat om de overheid, de aanbieders van zorg of de verzekeraars: men is op elkaar aangewezen om de eigen doelstellingen te verwezenlijken. Deze afhankelijkheden liggen ten grondslag aan het meest in het oog springende kenmerk van de bestuursstructuur en –cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg: de intensieve betrokkenheid van particuliere organisaties in de publieke beleidsvorming (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a).

De zorgmarkten kunnen weer worden onderverdeeld aan de hand van de karakteristieken van de zorg. Globaal kan dat gedaan worden door de curatieve sector van de care sector te onderscheiden. De curatieve sector richt zich op het herstellen van gezondheidsschade en de care-sector richt zich op het dragelijk maken van onherstelbare gezondheidsschade (Van der Grinten & Vos, 2004). Uit de literatuur over vraagsturing blijkt het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg niet als één ‘zorgmarkt’ te beschouwen is, een belangrijk aspect bij de vormgeving en implementatie van vraagsturing. Zo wordt verondersteld dat met name patiënten die langdurig met een ziekte of afwijking worden geconfronteerd voor hun eigen wensen en behoeften opkomen. Dit vanwege de opgedane ervaringsdeskundigheid en de constante rol die zorgverlening in hun leven speelt. Patiënten die kortdurend ziek zijn, zouden sneller geneigd zijn om zich over te geven aan de deskundigheid van de hulpverlener (RVZ, 2000).

Naast het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg wordt gevormd door een groot aantal deelmarkten, bestaan er ook verschillende logica’s van waaruit actoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg handelen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) maakt een onderscheid in drie logica’s:

- De institutionele logica: een systeem van wet- en regelgeving, financieringsmodellen en bestuurlijke prikkels bedoeld om de coördinatie en de sturing van de sector vorm te geven;
- De provisielogica: deze logica omvat de taakuitoefening van management en professionals in een organisatie en de vormgeving van het primaire proces van de feitelijke dienstverlening;
- De vraaglogica: de noden en behoeften waarmee cliënten professionals en instellingen benaderen, maar ook de eisen en verlangen die zij op tafel leggen (WRR, 2004:28).

In het overheidsbeleid en het publieke debat krijgt vraagsturing vorm binnen elk van deze logica’s. Vraagsturing heeft betrekking op de interactie tussen de individuele hulpverlener en de zorgvrager, maar ook op een heroriëntatie in wet- en regelgeving waarbij verantwoordelijkheden worden gedelegeerd naar veldpartijen. De WRR onderkent een spanningsveld tussen deze logica’s en het is precies binnen dit spanningsveld waar vraagsturing vorm moet krijgen.

1.7 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is explorierend van aard en beoogt door middel van zogenoemde ‘dikke beschrijvingen’ meer inzicht te geven in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg en de betekenis die vraagsturing in deze praktijk krijgt. Het onderzoek kent daartoe drie onderdelen:

- Een verkenning van het debat over vraagsturing;
- Een verkenning van het overheidsbeleid omtrent de gezondheidszorg en specifiek omtrent vraaggestuurde zorg;
- Een verkenning van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van de bestudering van vijf zorgvernieuwingstrajecten

1.7.1 Verkenning van het debat

Reeds eerder is vastgesteld dat naast de daadwerkelijke implementatie van het concept, ook de retoriek omtrent vraagsturing een belangrijk aspect is van de betekenisgeving. Door het publieke debat over vraagsturing te verkennen, wordt inzicht verworven in de verschillende perspectieven op het concept, de verwachtingen en de veronderstelde beperkingen van dit concept in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg.

Het debat is in kaart gebracht door middel van een systematische literatuurreview. In de publicatie 'Vraaggericht en vraaggestuurd' (Van der Kraan, 2001) is eerder gerapporteerd over deze literatuurreview. In een latere fase heeft er een actualisering plaatsgevonden. Een onderdeel van de literatuurreview is ook de inventarisatie van verschillende auteurs die iets zeggen over de verschillende visies op vraagsturing. Vraagsturing is niet alleen een belangrijk onderwerp in het 'veld' van de gezondheidszorg, maar ook in het onderzoek van de gezondheidszorg.

1.7.2 Beschrijving van het overheidsbeleid

De Nederlandse gezondheidszorg is grotendeels een publieke sector, wat betekent dat de overheid een centrale positie heeft met betrekking tot de organisatie en de (voorwaarden voor de) levering van de gezondheidszorg. Met haar beleid en de inzet van wet- en regelgeving probeert de overheid de omslag naar vraaggestuurde zorg te bewerkstelligen c.q. te stimuleren. Daarmee vormt het overheidsbeleid een belangrijke beïnvloedende factor in de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg in de Nederlandse gezondheidszorg.

Om meer inzicht te krijgen in het overheidsbeleid is er een verkenning uitgevoerd naar het overheidsbeleid sinds de structuurnota van Hendriks (1974). Deze nota dient als startpunt, omdat het aan de basis ligt van de huidige situatie in de Nederlandse gezondheidszorg. De verkenning betreft de periode tot aan het jaar 2005. Voor deze periode is gekozen, omdat de verkenning van de casus die in de tweede fase van het empirisch onderzoek zijn onderzocht, in de periode 2002-2005 is uitgevoerd. Dit betekent dat het nieuwe ziektekostenstelsel in principe buiten beschouwing wordt gelaten.

Het overheidsbeleid is aan de hand van een aantal kerndocumenten verkend. De verkenning betreft een bespreking van de visies die de overheid in de loop der jaren heeft gehad over de wijze waarop de Nederlandse gezondheidszorg moet worden georganiseerd en de rol van het patiëntenperspectief daarin. Daarnaast is gekeken naar de activiteiten die zijn ondernomen om vorm te geven aan deze overheidsvisie, waaronder de relevante wet- en regelgeving. De bespreking richt zich met name op de gezondheidszorg. De volksgezondheid wordt grotendeels buiten beschouwing gelaten. Bij de bespreking van het gezondheidszorgbeleid wordt gebruik gemaakt van publicaties van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en rapporten en adviezen die in opdracht van dit ministerie zijn opgesteld. Nota's en rapporten geven een goed overzicht van de beleidsdoelstellingen en de achterliggende veronderstellingen. Er bestaan een aantal nota's dat zich als mijlpalen laat aanmerken. Deze nota's

worden besproken vanuit het perspectief van vraagsturing. De regeerakkoorden zijn buiten beschouwing gelaten, omdat de grote lijnen van de regeerakkoorden terugkomen in de besproken nota's.

1.7.3 Casestudie

Voor het verzamelen van empirisch materiaal om de centrale vraag te beantwoorden is gekozen voor het uitvoeren van casestudies. De casestudies zijn in de periode van 2002 tot begin 2005 uitgevoerd. Bij de uitvoering van een casestudie wordt een specifiek 'verschijnsel' in de natuurlijke omgeving, dus niet in een experimentele setting, bestudeerd over een bepaalde periode. Hierbij worden diverse databronnen gebruikt (Dassen & Keuning, 1992). De onderzoeker is bij een casestudie gericht op een gedetailleerde beschrijving van stabiliteit en verandering van tal van variabelen en hoopt daardoor op het spoor te komen van verklaringen van processen (Swanborn, 1996). De doelstelling van een casestudie komt sterk overeen met de doelstelling van dit onderzoek: door het empirische verschijnsel van vraagsturing als uitgangspunt te nemen in dit onderzoek kan een dieper inzicht worden verkregen in de dynamiek rondom de implementatie en vormgeving van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg.

Bij de casestudie als onderzoeksstrategie beperkt de bestudering zich tot enkele of slechts een klein aantal objecten (individueën, groepen of organisaties) (Dassen & Keuning, 1992). De casestudie heeft daarmee niet de ambitie om breed generaliseerbare uitspraken te doen. Vraagsturing is omgeving met veel dynamiek en discussie. Het verdiepen van het inzicht in de verschillende visies op en de mogelijkheden van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg is daarom de primaire doelstelling van dit onderzoek.

Het aggregatieniveau van dit onderzoek is vooraf niet geheel afgebakend. In principe is het laagste niveau in het onderzoek, het niveau van de organisatie en het hoogste niveau het regionale niveau. Het organisatieniveau wordt bepaald door de grenzen van een enkele organisatie. Het regionale niveau is gebaseerd op de indeling van de WZV-regio's (Wet Ziekenhuis Voorzieningen). Op dit niveau bestaan allerlei overlegvormen en samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgactoren. De bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten bevinden zich op organisatieniveau, maar vinden plaats binnen een regionaal/lokaal netwerk van interacties tussen verschillende actoren. Omdat de organisaties in dit onderzoek worden beschouwd als open systemen wordt de regionale/lokale context ook in het onderzoek meegenomen. Het provinciale, het landelijke en het individuele niveau vormen geen focus van dit onderzoek, maar zullen wel zijdelings worden meegenomen daar waar dit relevant is voor een goed begrip van de casus.

Casusselectie

De casusselectie was een belangrijk onderdeel in de opzet van het onderzoek. De casus vormt datgene waar je als onderzoeker een uitspraak over wilt doen. In dit onderzoek is dat de wijze waarop betekenis wordt gegeven aan vraagsturing als sturingsconcept in de Nederlandse gezondheidszorg. Vraagsturing is echter geen eenduidig concept. Er bestaat veel variatie in gehanteerde definities en zelfs in gehanteerde begrippen. Daarnaast is het geen op zichzelf staand verschijnsel. Vraagsturing krijgt vorm in de dagelijkse zorgverlening en de organisatie van de gezondheidszorg. Vraagsturing betekent dat in elk aspect van de gezondheidszorg rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de zorgvrager. Dit houdt voor het onderzoek in dat

vraagsturing niet geïsoleerd kan worden van de omgeving waarin het vorm krijgt. Daarom is er in dit onderzoek voor gekozen om de casus niet te selecteren op de verschillende vormen van vraagsturing.

De casusselectie is daarentegen gebaseerd op de institutionele context en de kenmerken van het primaire proces, ofwel de context waarin vraagsturing betekenis moet krijgen. In de bespreking van deze context kan een onderscheid worden gemaakt tussen ‘de arena’ en ‘het spel’. Het spel bestaat uit de dagelijkse praktijk waarin actoren met elkaar onderhandelen, interacties aangaan en hun doelstellingen nastreven. Het is binnen dit spel waar vraagsturing uiteindelijk vorm krijgt. Hierboven werd reeds aangegeven dat vraagsturing niet los gezien kan worden van ‘het spel’. De arena vormt het kader waarbinnen het spel gespeeld wordt. Dit kader (ofwel de randvoorwaarden) wordt gevormd door de institutionele context en de kenmerken van het primaire proces. De institutionele context bestaat uit de instituties waarbinnen actoren handelen.

De institutionele context van de gezondheidszorg is sterk in verandering. Voorheen werd de zorg aangeboden door private zorgaanbieders, die hun activiteiten ondernamen met behulp van publieke gelden. Dit wordt ook wel de reguliere gezondheidszorg genoemd. Door deregulering en de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg doen ook andere zorgaanbieders hun intrede, zoals particuliere zorgaanbieders, zelfstandige behandelcentra, etc. Deze zorgaanbieders vallen gedeeltelijk buiten de wettelijke regelingen waar de reguliere zorgaanbieders aan moeten voldoen en/of de private aanbieders vallen onder andere regelingen.

De kenmerken van de gezondheidszorg als product zijn bepalend voor de discussie over de (on)mogelijkheden van de implementatie van vraagsturing in de gezondheidszorg. Daarbij wordt ook verwezen naar het advies ‘De rollen verdeeld’ (2000) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). De indeling van de gezondheidszorg door de RVZ aan de hand van de aard van de stoornis of de ziekte is als basis genomen voor de casusselectie. De RVZ onderscheidt de volgende zorgdeelmarkten:

- Een potentiële ziekte of stoornis, al dan niet voorspelbaar, te voorkomen door middel van preventie;
- Een aangeboren, erfelijke of vroeg verworven stoornis al dan niet resulterend in een beperking en daaraan gerelateerde handicap (bijvoorbeeld syndroom van Down);
- Een chronisch verlopende ziekte, al dan niet progressief, intermitterend of terminaal (bijvoorbeeld reuma, nieuwvormingen);
- Een niet acute, niet levensbedreigende, niet chronische ziekte, behandelbaar, eventueel nazorg nodig (bijvoorbeeld infectieziekten);
- Een acute of levensbedreigende situatie al dan niet gevolgd door genezing, blijvende beperking of chroniciteit (bijvoorbeeld traumata).

Bij deze indeling wordt geen onderscheid gemaakt tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. Er kan echter worden verondersteld dat een geestelijke stoornis van invloed kan zijn op de mate waarin een cliënt op kan komen voor zijn eigen belangen. Zo komt de Wet Mentorschap in bepaalde gevallen van geestelijke aandoeningen aan de orde, waarbij iemand niet langer handelingsbekwaam wordt geacht. In de indeling van de RVZ wordt er een onderscheid gemaakt tussen chronische ziekten en niet acute ziekten. In de discussie rondom vraagsturing wordt aangedragen dat de duur van de aandoening een beïnvloedende variabele is. Hoe langer iemand een ziekte heeft hoe meer (ervarings)deskundigheid een zorgvrager opbouwt. De langdurig zieken worden niet zozeer apart gezet van niet-acute zieken die redelijk snel genezen. Om de lang-

durig zieken ook te omvatten, wordt binnen dit onderzoek gesproken over langdurige zorg in plaats van chronische zorg. Uiteindelijk is er voor gekozen om het onderzoek te beperken tot de deelmarkten van patiënten met een langdurige somatische aandoening of stoornis en patiënten met een niet-acute behandelbare somatische ziekte of aandoening. De andere deelmarkten (potentiële somatische aandoeningen, acute somatische aandoeningen en alle psychische/verstandelijke aandoeningen) introduceren zulke specifieke elementen in de discussie over de betekenis en vormgeving van vraagsturing, dat de inclusie van deze deelmarkten de discussie zou compliceren. Daarbij komt dat binnen de mogelijkheden van dit onderzoek onvoldoende recht gedaan zou kunnen worden aan de specifieke kenmerken van vraagsturing in deze zorgdeelmarkten.

Zoals eerder werd aangegeven, kan vraaggestuurde zorg niet los worden gezien van het spel waarin het concept vorm krijgt. Dit spel heeft in principe betrekking op alle processen en interacties die binnen de gezondheidszorg plaatsvinden. Dit betekent in de praktijk al snel een grote verzameling van data om inzicht te krijgen in de situatie. Om focus in te brengen is er voor gekozen om zorgvernieuwingstrajecten als primair onderzoeksobject te nemen. Onder zorgvernieuwingstrajecten wordt verstaan: bewust gekozen activiteiten die gericht zijn op de realisering van veranderingen in het primaire proces binnen de gezondheidszorg, met als doel verhoging van de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg. Daarbij wordt niet zozeer gekeken naar zorgvernieuwingstrajecten die betrekking hebben op nieuwe behandeltechnieken, maar met name naar trajecten die betrekking hebben op de organisatie van de zorg. In de casestudies worden de bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten ingebed in de bestaande regionale interacties en verhoudingen.

Casus

De casus zijn geselecteerd op basis van de zorgvernieuwingsdatabank van het Nederlandse instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)², de tijdschriften medisch contact, ZM-magazine en Zorgvisie jaargangen 2000-2002 en gesprekken met inhoudsdeskundigen. Bij de selectie werden de volgende criteria gehanteerd:

- Zorgvernieuwingsprocessen: een procesmatig invoeren van vernieuwingen en/of veranderingen met als doel deze een structurele plaats te geven in het handelen van individuen, het functioneren van organisaties of in de structuur.
- Organisatorische zorgvernieuwingsprocessen. Dus niet het invoeren van nieuwe behandelmethoden;
- De implementatie is reeds in gang gezet;
- Zowel processen rondom care (somatische, langdurige zieken; verpleging en verzorging) als cure (somatische behandelbare ziekten);
- De afstemming van vraag en aanbod staat centraal. De essentie van vraag-gerichte en vraaggestuurde zorg is immers een goede afstemming tussen vraag en aanbod.

Het voorgaande heeft geleid tot de selectie van de casus, zoals weergegeven in Tabel 1.1.

Tabel 1.1

	Somatische langdurige ziekte of stoornis	Somatische niet-acute ziekte of stoornis
Reguliere zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Verzorgingshuiszorg aan huis 	<ul style="list-style-type: none"> • Het vraaggestuurde ziekenhuis
Nieuwe generatie van zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Private thuiszorg gefinancierd door een Persoonsgebonden budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Het sportmedisch centrum • Anderhalflijnzorg

De casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ betreft een samenwerkingsverband tussen een verzorgingshuis en een thuiszorgorganisatie met als doel het leveren van verzorgingshuiszorg bij de cliënten thuis.

De casus ‘Private thuiszorg’ betreft een particuliere thuiszorgorganisatie die mede is opgezet naar aanleiding van de komst van het persoonsgebonden budget in de AWBZ-sector.

De casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ betreft een ziekenhuis dat in aanloop naar een nieuwe locatie toewerkt naar een nieuwe organisatiestructuur.

De casus ‘Het sportmedisch centrum’ betreft de opzet van een sportmedisch centrum door een kliniek die gespecialiseerd is in het bewegingsapparaat.

Tot slot is er voor gekozen om één ‘critical case’ toe te voegen. Dit betreft de casus ‘Anderhalflijnzorg’. Deze casus vormt een critical case, omdat de initiatiefnemer geen reguliere zorgaanbieder is. Daarnaast hebben ook partijen buiten de zorg geparticipeerd in de ontwikkeling, namelijk een retailbedrijf. De initiatiefnemer heeft de betreffende zorgcentra ook mede opgezet met het ideologische motief te laten zien dat de zorg beter en efficiënter georganiseerd kan worden. Tot slot heeft deze zorgaanbieder duidelijk afgebakende patiëntengroepen gekozen als doelgroepen, terwijl de andere casus zorg leveren aan minder eenduidige patiëntengroepen. De casus zullen in hoofdstuk zes en zeven nader worden beschreven.

Waarnemingseenheden

De zorgvernieuwingstrajecten vormde het startpunt van elke casestudie, maar de bredere regionale en lokale context waarbinnen het traject plaatsvond, werd ook meegenomen in het onderzoek. De waarnemingseenheden bestonden uit de actoren die betrokken waren bij de zorgvernieuwingstrajecten en de actoren die onderdeel uitmaken van de regionale en lokale context waarbinnen het traject plaatsvond. De waarnemingseenheden waren vooral collectieve ofwel samengestelde actoren.

In principe is alleen een individu in staat om te handelen, maar individuen handelen ook vaak in naam van een andere persoon, een groep personen of een organisatie. Daarom kan naast de individuele actor ook de collectieve of samengestelde actor worden onderscheiden. Scharpf verstaat onder een samengestelde actor: “...a capacity for intentional action at a level above the individuals involved” (Scharpf, 1997:52).

Omdat alleen individuen in staat zijn tot handelen, moet het vermogen om te handelen op een hoger niveau voortkomen uit interne interacties. Dit betekent dat een collectieve actor enerzijds moet worden beschouwd als een samengestelde actor die beschikt over bepaalde middelen en in meerdere of mindere mate over de capaciteit beschikt om deze middelen in te zetten. Daarnaast moet een collectieve actor, vanuit een meer intern perspectief, worden beschouwd als een institutionele structuur, waar-

binnen individuele actoren interacteren om te komen tot acties die toegeschreven worden aan de samengestelde actor. De mate waarin een collectieve actor uiteindelijk als één actor beschouwd mag worden, hangt af van de mate van integratie. Scharpf geeft aan dat wanneer de betrokken individuen de intentie hebben om een gezamenlijk product te creëren of om een gezamenlijke doelstelling te bereiken, ze als samengestelde actor kunnen worden beschouwd. Dit betekent dat een samengestelde actor meer is dan alleen een uitwisselingsinteractie tussen twee of meer individuen. Binnen dit criterium bestaat wel variatie in de mate van integratie (Scharpf, 1997:54).

Een eerste onderscheid dat kan worden gemaakt is tussen 'collective actors' en 'corporate actors'. 'Collective actors' zijn afhankelijk van hun leden en worden sterk geleid door de preferenties van hun leden. 'Corporate actors' hebben daarentegen een grote mate van autonomie ten opzichte van de leden van de organisatie. De activiteiten van de 'corporate actors' worden uitgevoerd door individuen van wie de eigen preferenties zijn 'uitgeschakeld' doordat ze in dienst van de corporate actor zijn (Scharpf, 1997:54).

De 'collective actors' kunnen op hun beurt weer onderverdeeld worden aan de hand van twee dimensies:

1. De mate waarin de noodzakelijke middelen in handen zijn en gecontroleerd worden door individuele leden of gecollectiviseerd zijn en gecontroleerd worden door de 'collective actor'.
2. De mate waarin de acties van de 'collective actor' gericht zijn op preferenties die gerelateerd zijn aan de afzonderlijke doelen van de verschillende leden of aan doelstellingen die alleen geformuleerd kunnen worden op een collectief niveau.

Deze twee dimensies leiden tot de volgende indeling van collectieve actoren:

Coalition (separate control over resources, separate purposes): semi-permanente arrangementen tussen actoren die gescheiden maar in grote mate convergente strategieën doelstellingen nastreven. Daarbij gebruiken de actoren ieder hun eigen hulpbronnen om strategieën te coördineren. Elke actor kan op elk moment uit de coalitie stappen.

Movement (separate control over resources and collective purpose): een beweging bestaat geheel op basis van vrijwillige samenwerking tussen actoren. Het aantal bewegingen is echter zo groot dat coördinatie door middel van onderhandeling of stemmen niet mogelijk is. Echter in vergelijking met coalities, delen de leden een zodanige morele en ideologische commitment richting een gedeeld doel, dat leden wellicht bereid zijn tot veel grotere persoonlijke opofferingen.

Clubs (collective control over resources and individual purpose): net als leden van een coalitie zijn de leden van een club primair gemotiveerd door eigen belangen. Daarnaast is het lidmaatschap vrijwillig. Leden van een club dragen echter bij aan de collectieve middelen van een club en daarom zullen er ook collectieve besluitvormingsprocessen zijn.

Association (collective control over resources and collective purpose): bij associaties zijn de belangen op collectief niveau geformuleerd. Tevens is er sprake van hulpbronnen op een collectief niveau. Besluitvorming kan ook betrekking hebben op het controleren en beïnvloeden van leden. Over het algemeen worden associaties echter beschreven als top-down organisaties die handelen namens de belangen van hun leden (Scharpf, 1997:56). Uiteindelijk wordt door Scharpf de volgende tabel gepresenteerd (Tabel 1.2):

Tabel 1.2

	Aggregate actor	Coalition	Club	Movement	Association	Corporate actor
Action	Individual	Joint	Joint	Joint	Joint	Organization
Purpose	Individual	Individual	Individual	Collective	Collective	Organization
Resources	Individual	Individual	Collective	Individual	Collective	Organization
Decisions	Individual	Agreement	Voting	Consensus	Voting	Hierarchical

Bron: Scharpf, 1997:57

In de Nederlandse gezondheidszorg komen zowel ‘corporate actors’ als ‘collective actors’ voor. Voor dit onderzoek zullen alle samengestelde actoren worden opgevat als één handelende actor, waarbij het handelen van een zegspersoon kan worden opgevat als het handelen van een samengestelde actor.

Onderzoeksmethoden

In een casestudie wordt gebruik gemaakt van diverse databronnen om zoveel mogelijk informatie over de casus te verzamelen. Deze databronnen bestaan uit documenten, interviews en observaties. Om de data te verzamelen zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden gehanteerd. Bij de kwalitatieve onderzoeksmethodologie staat de ‘verstehende’ methodiek centraal. Dit betekent dat de onderzoeker zich moet verplaatsen in de situatie van de casus. De onderzoeksprocedure moet zo open mogelijk zijn en gericht op direct contact met de werkelijkheid (Wester, 1995:16).

Om zoveel mogelijk aansluiting te kunnen vinden bij de werkelijkheid moeten gehanteerde begrippen niet (te veel) vooraf worden geconstrueerd en geoperationaliseerd (Wester, 1995:16). In dit onderzoek is er voor gekozen om te werken met semi-gestructureerde dataverzamelingmethoden. De theoretische concepten uit hoofdstuk drie zijn gebruikt om de dataverzameling enigszins te structureren, maar op een zodanige wijze dat de empirie nog steeds open benaderd kon worden.

De volgende onderzoeksmethoden zijn toegepast: documentenonderzoek, interviews en observaties.

Documentenonderzoek

Elke casestudie begon met een uitgebreid documentenonderzoek. Documenten zoals jaarverslagen en strategische beleidsplannen werden bestudeerd om een algemeen beeld te krijgen van de organisatie die het zorgvernieuwingstraject had uitgezet. Tevens werd de informatie gebruikt om het zorgvernieuwingstraject te kunnen plaatsen in de bredere context van de organisatie. Projectvoorstellen, voortgangsrapportages, vergaderverslagen en ook meer onofficiële documenten zoals brieven en emails werden bestudeerd om meer inzicht te krijgen in de processen rondom opzet, doelstellingen en uitvoer van het zorgvernieuwingstraject. De resultaten van het documentenonderzoek dienden ook als input voor de te voeren interviews.

Interviews

Op basis van de bestudeerde documenten en gesprekken met de contactpersonen werden de eerste respondenten benaderd voor een interview. Deze respondenten waren allereerst de mensen die op de verschillende niveaus binnen de organisaties het zorgvernieuwingstraject hadden geïnitieerd. Daarnaast werden respondenten benaderd die ook betrokken waren bij het zorgvernieuwingstraject, maar die werkzaam

waren buiten de organisatie. Tot slot werden mensen benaderd van organisaties die niet direct betrokken waren bij het zorgvernieuwingsproject, maar wel onderdeel waren van het netwerk van de initiërende organisaties. Door middel van de sneeuw-balmethode werden, indien nodig, meer respondenten benaderd.³

De interviews waren semi-gestructureerd. Er werd een topiclijst⁴ gehanteerd die was afgeleid van de theoretische concepten uit hoofdstuk vier om het gesprek te structureren. Tevens werden de resultaten van het documentenonderzoek ingebracht. Enerzijds om de resultaten van het documentenonderzoek te toetsen en anderzijds om deze resultaten verder aan te vullen. De interviews werden semi-gestructureerd uitgevoerd om de respondenten de ruimte te bieden hun eigen verhaal te vertellen en daarmee eventuele nieuwe relevante onderwerpen aan te dragen.

Observaties

Het documentenonderzoek en de semi-gestructureerde interviews vormden de dominante dataverzamelmethode. Wanneer de omstandigheden het toelieten zijn er observaties uitgevoerd. Dit hield in dat vergaderingen en bijeenkomsten werden bijgewoond door de onderzoeker, om meer aansluiting te vinden bij de specifieke context van de casus. Dit is voornamelijk gedaan bij de casus waar sprake was van reguliere contacten met meerdere organisaties tegelijk.

Dataverwerking en -analyse

Van elk interview zijn bandopnamen gemaakt die later zijn uitgewerkt tot transcripties. Vervolgens zijn de data afkomstig van de interviews en de documenten verwerkt in een uitgebreide caserapportage, waarbij de specifieke situatie van de casus leidend was voor de opzet van de rapportage. Dit is gedaan om de context van de casus zoveel mogelijk te behouden in de rapportage. Deze uitgebreide rapportages vormden de basis voor een systematische analyse van de casus aan de hand van de concepten uit hoofdstuk vier. Daarnaast zijn de drie perspectieven uit hoofdstuk drie gebruikt om de casus te plaatsen in het debat over vraagsturing en om de casus ten opzichte van elkaar te positioneren.

De resultaten van de analyse worden gepresenteerd in hoofdstuk acht. In hoofdstuk zes en zeven worden de casus verkort en op een eenduidige wijze gepresenteerd.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek is op verschillende manieren gewaarborgd. Allereerst is de data over de casus op verschillende manieren verkregen, waarbij de resultaten van elke dataverzamelmethode is gespiegeld aan de resultaten van een andere methode. Daarnaast zijn er memberchecks uitgevoerd waarbij de respondenten (of een selectie daarvan) niet alleen de transcriptie van het gevoerde gesprek teruggekoppeld kregen, maar een gedeelte van de uitgebreide caserapportage dat niet alleen gebaseerd was op hun gesprek maar ook op gesprekken met andere respondenten en bestudeerde documenten. De respondenten werden gevraagd om dat deel van de rapportage te controleren op feitelijke onjuistheden.

Tot slot zijn de resultaten van de casestudies ook geplaatst in de bredere context van het debat over vraagsturing om te kijken of de resultaten van de casestudie overeenkwamen.

1.8 Leeswijzer

Om de deelvragen, en uiteindelijk de centrale onderzoeksvraag, te kunnen beantwoorden is het betoog in dit proefschrift als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk twee wordt in het kader van de conceptuele verkenning van vraagsturing de aanleiding van de opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg verkend en wordt het debat omtrent vraagsturing in kaart gebracht. Het debat laat verschillende perspectieven op vraagsturing zien, die uiteindelijk samengebracht kunnen worden in drie centrale perspectieven: een economisch perspectief, een participatie perspectief en een zorginhoudelijk perspectief. Deze perspectieven worden in hoofdstuk drie verder uitgediept en inzichtelijk gemaakt. De drie perspectieven dienen vervolgens als leidraad om vraagsturing te kunnen duiden in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg.

De conceptuele verkenning, zoals besproken in hoofdstuk twee, laat ook zien dat het concept 'vraagsturing' op verschillende manieren en op verschillende niveaus kan ingrijpen en ook daadwerkelijk ingrijpt op de gezondheidszorg. Vraagsturing wordt uiteindelijk gevormd door de context waarin het begrip wordt geïmplementeerd: de Nederlandse gezondheidszorg. De betekenis die vraagsturing feitelijk krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg is afhankelijk van een aantal factoren. In hoofdstuk vier worden deze (potentieel) beïnvloedende factoren besproken wat uiteindelijk resulteert in een analytisch kader. Dit kader biedt handvatten om de wijze waarop vraagsturing uiteindelijk vorm en betekenis krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg inzichtelijk te maken.

De empirische verkenning bestaat uit twee onderdelen: een verkenning van het overheidsbeleid en een verkenning van vijf zorgvernieuwingstrajecten in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. In hoofdstuk vijf wordt een verkenning uitgevoerd van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid. Het overheidsbeleid geeft mede vorm aan de wijze waarop over vraagsturing gesproken wordt en aan de vormgeving van het concept. Bovendien creëert het overheidsbeleid voor een groot deel het handelingskader (de arena) van de actoren waarbinnen zijn interacties aangaan en zorgvernieuwingstrajecten initiëren (het spel).

In hoofdstuk zes en zeven worden vijf zorgvernieuwingstrajecten besproken. Deze bespreking vormt de rapportage van de casestudies die zijn uitgevoerd als tweede onderdeel van de empirische verkenning naar de betekenis van vraagsturing.

In hoofdstuk zes worden de casus besproken die betrekking hebben op langdurige zorg. Dit zijn de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' en 'Private thuiszorg'. In hoofdstuk zeven worden de casus besproken die betrekking hebben op kortdurende zorg. Dit zijn de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis', 'Het sportmedisch centrum' en 'Anderhalfflijnzorg'.

In hoofdstuk acht worden de vijf casus in het kader van de drie perspectieven van vraagsturing geplaatst en wordt geanalyseerd in welke mate de drie benaderingen aanwezig zijn in de wijze waarop men in de casus 'praat' over vraagsturing en het zorgvernieuwingstraject en in de wijze waarop het zorgvernieuwingstraject vorm krijgt.

Daarnaast wordt in hoofdstuk acht, aan de hand van de (potentieel) beïnvloedende factoren uit het analytische kader (zoals beschreven in hoofdstuk vier), gekeken naar de achterliggende oorzaken en processen die de manifestatie van de drie perspectieven in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk kunnen verklaren.

In hoofdstuk negen worden de resultaten van de analyse in hoofdstuk acht gebruikt om de geformuleerde deelvragen uit hoofdstuk één te beantwoorden. De antwoorden op de deelvragen vormen op hun beurt de basis voor de beantwoording van de centrale vraag van dit onderzoek. Tot slot wordt in hoofdstuk negen een nabeschuiving

gegeven op de resultaten van dit onderzoek en wordt ter afsluiting ingezoomd op een aantal kernthema's, dat uit het onderzoek naar voren is gekomen.

Voetnoten

- ¹ Op 1 januari 2006 is een nieuwe zorgverzekeringswet in werking getreden. Deze wet valt buiten de tijdsperiode waar dit onderzoek betrekking op heeft. Ze wordt daarom buiten beschouwing gelaten. Overigens vormen de ontwikkelingen die in deze studie worden beschreven en geanalyseerd wel de aanloop naar de totstandkoming van het nieuwe stelsel.
- ² Deze databank is inmiddels opgeheven.
- ³ Zie bijlage 3 voor de lijst met respondenten die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd.
- ⁴ Zie bijlage 2 voor de topiclijst.

2 Vraagsturing als nieuw sturingsconcept

2.1 Inleiding

In de probleemstelling, zoals geformuleerd in het vorige hoofdstuk, staan twee begrippen centraal: ‘vraagsturing’ en ‘betekenis’. Vraagsturing is een begrip dat op dit moment veel aandacht geniet en door veel actoren wordt gebruikt, maar de feitelijke betekenis is alles behalve eenduidig. In dit hoofdstuk zal op zoek worden gegaan naar de wijze waarop vraagsturing gedefinieerd wordt en welke elementen centraal staan in de bespreking van vraagsturing in de context van de (Nederlandse) gezondheidszorg. Om dit inzicht te verwerven zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- De context waarin vraagsturing is opgekomen in de Nederlandse gezondheidszorg;
- De definiëring van vraagsturing;
- De elementen van (de vormgeving van) vraagsturing in de praktijk van de gezondheidszorg;
- De verschillende perspectieven op vraagsturing.

2.2 Introductie van vraaggestuurde zorg in de Nederlandse gezondheidszorg

2.2.1 Introductie

Vraagsturing is een begrip waar men in de Nederlandse gezondheidszorg niet meer om heen kan. Maar waarom is vraagsturing überhaupt in de mode geraakt? Wat zijn de achterliggende factoren die in het vocabulaire van beleidsmakers, aanbieders, verzekeraars en zorgvragers ruimte hebben gecreëerd voor dit concept?

Aan de opkomst van vraagsturing liggen een aantal ontwikkelingen ten grondslag: maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in de (vraag naar) gezondheidszorg, economische ontwikkelingen en veranderingen in de sturingsvisie van de overheid.

2.2.2 Algemene maatschappelijke ontwikkelingen

Er is sprake van een toegenomen individualisering en emancipatie van de burger in het algemeen (Garretsen, 2001:66). Mensen zijn hoger opgeleid en beter geïnformeerd en zijn daardoor beter in staat om hun eigen wensen en behoeften te articuleren en na te streven (MacStravic, 2000). Er is sprake van een toegenomen individualisme, een grotere mondigheid en daarbij ook een groei in welvaart (Garretsen, 2001). Deze brede maatschappelijke ontwikkeling heeft zich ook in de gezondheidszorg gemanifesteerd. Zo willen bijvoorbeeld mensen ook beter geïnformeerd worden over gezondheid, ziekte en behandelmogelijkheden en patiënten krijgen meer zelfvertrouwen binnen de hulpverleningsrelatie (Coulter & Magge, 2003).

Enerzijds zorgen deze maatschappelijke ontwikkelingen voor een groeiende vraag naar zorg. Anderzijds zorgt de emancipatiebeweging in de gezondheidszorg er voor dat de gezondheidszorg als publieke sector in toenemende mate verantwoording moet afleggen aan de individuele burger (Albeda, 2002a). Patiënten willen niet alleen betrokken worden bij de besluitvorming omtrent hun eigen gezondheid op individu-

eel niveau, maar ook bij besluitvorming over het algemene gezondheidszorgbeleid op collectief niveau (Deccache & Aujoulat, 2001). Patiënten accepteren de beperkingen van het zorgaanbod niet langer. Ze willen dat er meer rekening wordt gehouden met hun wensen en behoeften (Hamel, 2001:2).

De emancipatie van de patiënt heeft zijn wortels in de jaren zeventig, toen er een groeiend protest was over de professionele dominantie in de zorg. De scheve verhouding tussen hulpverlener en patiënt, waarbij de professionals met hun paternalistische houding de patiënt in een afhankelijkheidspositie manoeuvreren en uiteindelijk de inhoud van het zorgverleningsproces bepalen, wordt niet langer geaccepteerd (Tonkens, 2001a; Bosselaar, 2005; Verbeek, 1999). De emancipatie van de burger zorgt ervoor dat de patiënt beter in staat is zijn eigen belangen te vertegenwoordigen, waardoor de zaakwaarnemende rol van de professional steeds meer als overbodig wordt beschouwd (Verbeek, 1999). Deze beweging is in gang gezet met de opkomst van de patiëntenbeweging (Oudenampsen, 1992). De patiëntenbeweging is in de jaren zestig in de geestelijke gezondheidszorg opgekomen om de positie van de psychiatrische patiënt te versterken. Mede onder invloed van een stimulerend overheidsbeleid is de patiëntenbeweging in de gehele gezondheidszorg in de jaren tachtig en negentig sterk gegroeid (Trappenburg, 2005). Naast zorgverzekeraars en –instellingen ziet de overheid een belangrijke rol weggelegd voor de patiënten- en consumentenorganisaties bij het inrichten van de gezondheidszorg (Plantinga, 1999). Vanaf de jaren negentig stimuleert de overheid alle patiënten- en consumentenorganisaties in de regio tot onderlinge samenwerking. Dit heeft op regionaal niveau geleid tot de oprichting van de Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RPCP's) zijn opgericht, om de 'derde partij' rol te vervullen (Plantinga, 1999). Op landelijk niveau is in 1992 de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) tot stand gebracht. "Met deze ontwikkeling deed een nieuw, politiek-bestuurlijk handelingsperspectief bij patiëntenorganisaties zijn intrede. Van hen werd verwacht dat zij –bij een terugtrekkende overheid- de openbare belangen van patiënten representeren", aldus ZorgOnderzoek-Nederland (ZON,1999:71).

2.2.3 Ontwikkelingen in de (vraag naar) gezondheidszorg

De vraag naar zorg wordt niet alleen beïnvloed door de bovengenoemde maatschappelijke ontwikkelingen, maar ook door de vooruitgang van de medische technologie en door demografische ontwikkelingen (Garretsen, 2001:66).

De ontwikkelingen in de medische technologie kunnen twee effecten hebben. Enerzijds kunnen technologische ontwikkelingen leiden tot kostenverlaging door efficiëntere inzet van middelen, arbeidsbesparing, minder intensieve ingrepen, etc. Anderzijds kunnen technologische ontwikkelingen leiden tot hogere kosten en meer vraag naar zorg. Door de technologische vooruitgang kunnen ziektes behandeld worden waar voorheen geen adequate behandeling voor was en doordat winst in levensjaren uiteindelijk leidt tot een groei in vraag naar zorg voor chronische ziekten. Uiteindelijk wordt veelal geconcludeerd dat technologische ontwikkelingen leiden tot hogere kosten, maar een betere kwaliteit van zorg (Folmer et al., 2001:23-24).

De demografische ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg laten een sterke vergrijzing zien. In de periode 2000-2020 zal het aantal vijftenzestig plussers met vijftig procent toenemen. Dit betekent dat de ouderen, die over het algemeen meer hulpvragen hebben, een groter deel van de bevolking zullen gaan vormen (Timmermans & Woittiez, 2004).

De toename van het aantal ouderen, maar ook de toename van het aantal chronisch zieken zal leiden tot een groter aantal langdurige vragen naar zorg. Een langdurige vraag naar zorg vraagt om een andere organisatie van zorg en andere aandachtspunten dan een kortdurende zorgvraag. Zo zal de zorg meer moeten worden ingepast in het dagelijkse leven van de zorgvrager en zal het sociale systeem van de zorgvrager een grotere rol spelen (Van der Kraan, 2002).

Daarnaast is er, door een toenemend aantal allochtonen, sprake van een groeiende (culturele) diversiteit in de samenleving. Het aantal niet-westerse allochtonen is in de periode 1995-2005 gestegen van 7,3 procent naar 10,3 procent (Pommer, 2005). Deze toenemende culturele diversiteit vraagt ook zijn aandacht in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze demografische en maatschappelijke ontwikkelingen versterken de behoefte om meer aandacht te geven aan de psychologische, sociale en ethische aspecten van de zorg (Deccache & Aujoulat, 2001; RVZ, 2000).

2.2.4 Economische ontwikkelingen

De maatschappelijke, demografische en technologische ontwikkelingen zorgen er voor dat de zorgvraag toeneemt en de kloof tussen vraag en aanbod groeit. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1998:18) geeft aan dat de gebrekkige afstemming van het zorgaanbod op de vraag naar zorg onder andere wordt veroorzaakt door:

- Een spanning tussen een open, vraaggerichte zorgverlening en de behoefte om de kosten te beheersen en gelijke toegang te waarborgen;
- Een spanning tussen enerzijds de vragende partij (de patiënten(organisaties)) en anderzijds de partijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de zorg en de overheid.

In Nederland is sprake van een 'kunstmatige' schaarste, die voor een groot deel een sociaal-politieke constructie is, gebaseerd op de maatschappelijke opvattingen over solidariteit. De overheid heeft als doelstelling de toegang tot noodzakelijke zorg, van goede kwaliteit, voor iedereen te garanderen. Deze toegankelijkheid wordt financieel gegarandeerd door, beperkte, collectieve middelen (Van der Grinten, 2000). Zoals in veel andere westerse landen stijgen echter de uitgaven aan zorg in Nederland (Pommer, 2005). Dit zorgt er voor dat de financiële last van de gezondheidszorg als publieke sector steeds groter wordt (Lomas, 1997; Segal, 1998; Deccache & Aujoulat, 2001). Om het publieke karakter van het gezondheidszorgsysteem te behouden in de huidige maatschappelijke context is een heroriëntatie op de aansturing van de gezondheidszorg noodzakelijk (Rice, 1997; Van der Grinten & Kasdorp, 1999b).

2.2.5 Veranderende sturingsvisie van de overheid

De besproken ontwikkelingen vinden tegelijkertijd plaats, versterken elkaar en vragen ieder voor zich én samen om een heroriëntatie op de organisatie en coördinatie van de (Nederlandse) gezondheidszorg. Dit komt ook terug in de bestuurlijke reactie die de laatste vijftien jaar wordt gedomineerd door de liberale ideeën rond marktwerking. Net als andere landen met een uitgebreid sociaal gezondheidszorgsysteem bevindt Nederland zich in een periode van bestuurlijke vernieuwing, waarbij sprake is van een groeiende interesse voor liberalisering van de gezondheidszorg, als alternatief voor strikte overheidssturing (Rice, 1997; Van der Grinten & Kasdorp, 1999b).

Jarenlang kende de Nederlandse gezondheidszorg aanbodregulering als leidend principe. De gezondheidszorg werd collectief gefinancierd, het volume werd gerantsoeneerd en de prijzen gereguleerd. Deze wijze van aansturing heeft veel voordelen opgeleverd, zowel voor het waarborgen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg als voor de macro kostenbeheersing (Van der Grinten, 2000). Er was echter ook een keerzijde. Zo gaf de commissie Dekker (1987) aan dat aanbodregulering leidde tot tekortkomingen in het gezondheidszorgsysteem. Door te veel regels en bureaucratie zouden zorgpartijen onvoldoende worden gestimuleerd om efficiëntie en doelmatigheid na te streven. Het aanbod was daardoor onvoldoende afgestemd op de vraag naar zorg (Kasdorp, 2001; Van der Grinten, 2000). Aanbieders op hun beurt gaven aan dat de strikte aansturing vanuit de overheid ertoe heeft geleid dat ze niet in staat zijn om flexibel in te spelen op de veranderende wensen van de cliënten (Koninklijke vereniging MKB-Nederland, 2003). In de relatie tussen de zorgvraag en het aanbod van zorg leidde dat tot de volgende problemen (SCP, 2000 In: Garretsen, 2001):

- Veel mensen wachten lang op hulp en veel krijgen te weinig hulp;
- De kwaliteit van de hulp is soms zodanig dat degenen die het zich kunnen permitteren ervan af zien, terwijl ze toch premies betalen;
- De beschikbare hulp komt lang niet altijd overeen met het gewenste type hulp;
- De ontvanger van hulp in natura heeft weinig zeggenschap over het moment waarop de hulp gegeven wordt, over de persoon van de hulpverlener en over de concreet uitgevoerde taken;
- Het is voor individuen vaak niet mogelijk om de verschillende stelsels (bijvoorbeeld Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), Volkshuisvestingsregels) zodanig te combineren dat ze zorg op maat krijgen.

Onder meer deze problemen leiden er toe dat vele pleiten voor vraagsturing. Het rapport van de commissie Dekker (1987) wordt gezien als een omslagpunt in het denken over de aansturing van de Nederlandse gezondheidszorg. De commissie Dekker (1987) introduceerde begrippen als marktwerking en concurrentie om de tekortkomingen in de gezondheidszorg te verhelpen (Kasdorp, 2001; Berenschot & Blijlevens, 2003). Marktwerking heeft sindsdien een grote rol gespeeld in de discussies rondom de reorganisatie van de zorg. Sinds 1987 zijn verschillende begrippen geïntroduceerd om handen en voeten te geven aan 'het nieuwe denken' over de bestuurlijke vormgeving van de gezondheidszorg. Vraagsturing is één van die begrippen. Vraagsturing is door het Paarse Kabinet geïntroduceerd om met name veel aandacht te besteden aan de positie en verantwoordelijkheid van de (individuele burger) (Kemps, 2002; Tonkens, 2001a). Daarnaast gaf de introductie van het begrip vraagsturing retorisch kracht aan de omslag die de overheid wilde bewerkstelligen. De introductie van vraagsturing wordt gezien als de volgende stap in een streven naar de optimalisering van de Nederlandse gezondheidszorg (Bosselaar, 2005; Kemps, 2002).

De toegenomen vraag naar zorg en de eisen richting het zorgaanbod die voortvloeien uit de emancipatie en individualisering van de Nederlandse samenleving leiden overigens niet alleen tot een noodzaak van meer verantwoording richting de burger. Ook de burger wordt steeds meer aangesproken om verantwoordelijkheid te nemen voor de organisatie en houdbaarheid van de gezondheidszorg als publieke sector. Net als in andere landen kampt Nederland met een verloren betrokkenheid van de burger.

De introductie van vraagsturing moet die betrokkenheid herstellen waardoor collectieve en individuele verantwoordelijkheden weer meer in evenwicht komen (Albeda, 2002b; Blaauwbroek, Bosselaar & Zwart, 2000). Dit wordt noodzakelijk geacht om de gezondheidszorg als publieke sector te behouden.

2.2.6 Samenvatting

Maatschappelijke, demografische, technologische en economische ontwikkelingen creëren een spanningsveld waar de overheid mee om moet gaan om het publieke karakter van de gezondheidszorg te kunnen behouden. Dit heeft geleid tot een bestuurlijke heroriëntatie, waarbij liberalisering en een decentralisatie van verantwoordelijkheden als alternatieven worden gepresenteerd voor een stringente aansturing van bovenaf. Het samenspel van de ontwikkelingen hebben geleid tot de introductie van vraagsturing, zowel op de beleidsagenda als in het (publieke) debat. De veronderstelling is dat de zorgvraag en het zorgaanbod beter op elkaar worden afgestemd door de vraagzijde meer vrijheid te geven om zijn wensen en behoeften actief na te streven en de aanbodzijde de ruimte te bieden beter in te spelen op deze wensen en behoeften. Dit moet leiden tot een betere kwaliteit van zorg en meer efficiëntie, zodat de gezondheidszorg als collectief gefinancierd systeem houdbaar blijft. Over deze uiteindelijke doelstelling is iedereen het dan ook wel eens, maar vraagsturing kent in het debat en in de praktijk veel verschillende verschijningsvormen. Om meer inzicht te krijgen in de betekenis van vraagsturing in de dagelijkse praktijk van de (Nederlandse) gezondheidszorg is het belangrijk om het gebruik van het begrip vraagsturing helder te krijgen.

2.3 Definities van vraagsturing

2.3.1 Introductie

Vraagsturing vormt een onderdeel van allerlei discussies over de organisatie van de gezondheidszorg en de positie van de zorgvrager daarin, maar het begrip zelf blijft vaak impliciet. Wanneer het begrip vraagsturing wel wordt toegelicht, variëren de gehanteerde definities sterk (Rijckmans et al., 2002). Daarnaast worden er ook veel verschillende gerelateerde termen gehanteerd, zoals vraaggerichte zorg, belevingsgerichte zorg en cliëntgerichte zorg (Kort et al., 2002). Deze termen worden vaak door elkaar gebruikt zonder dat duidelijk wordt hoe ze zich tot elkaar verhouden. In deze paragraaf zullen de verschillen en overeenkomsten tussen verschillende definities van vraagsturing worden verkend.

2.3.2 Een keur aan definities

Wanneer de verschillende definities van vraagsturing worden bekeken, kan een algemene doelstelling worden afgeleid: het meer centraal stellen van de zorgvrager en zijn (zorg)behoeften in het zorgverleningsproces. Deze algemene doelstelling van vraagsturing wordt door iedereen wel onderschreven, maar de diversiteit aan definities laat zien dat over deze doelstelling nog wel degelijk verschillende ideeën bestaan. Er zullen allereerst een aantal mogelijke definities van vraagsturing worden opgesomd:

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden” (RVZ, 1998:15).

“Een vraaggestuurd aanbod op collectief of individueel niveau, dat naar de opvatting van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger optimaal bijdraagt aan het omgaan met de problemen die hij ervaart en waarbij hijzelf de middelen in handen heeft om het aanbod daadwerkelijk te sturen” (Goudriaan & Vaalburg, 1998:139).

“Vraagsturing is sturing van het aanbod van (semi-)publieke diensten door de vrager, waarbij de vrager ook daadwerkelijk de directe of indirecte zeggenschap heeft over de middelen om het aanbod te sturen” (Baljé et al., 2003:7).

“De cliënt krijgt de zorg die hij wil en die hij vraagt op het moment waarop hij dat wil en door de zorgverleners die hij zelf kiest” (Van de Siepkamp, 2000).

“Vraaggestuurde dienstverlening impliceert minimaal dat de klant invloed heeft op de dienstverlening waar hij op aangewezen is. Dit betekent dat de klant regie voert en dat hij middelen moet krijgen om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen. Hierdoor krijgt de klant de vorm van dienstverlening die hem op het lijf geschreven is, er wordt rekening gehouden met zijn persoonlijke wensen” (Raad voor de financiële verhoudingen, 2002:20).

“Vraagsturing is de expressie van een zoektocht naar gemoderniseerd bestuur waarbij op een soort ‘derde weg’ wijze wordt geprobeerd om tussen zelfsturing en sturing in, vrije en veeleisende burgers tegemoet te komen en toch als publieke sector te sturen” (Noordegraaf & Grit, 2004:202).

“Vraagsturing is de situatie waarin de gebruiker van sociale voorzieningen op het terrein en binnen het wettelijke kader van de voorzieningen de beslissingsbevoegdheid heeft over de inrichting van zijn eigen leven (regierol) en over de betreffende diensten, producten en leveranciers om de gewenste inrichting van zijn te realiseren (consumentenrol)” (Bosselaar, 2005:23).

Naast feitelijke definities worden er ook veel omschrijvingen gegeven van de kenmerken van vraaggestuurde zorg. Zo onderscheidt Verbeek (2003) de volgende kenmerken van vraaggestuurde zorg:

- De zorgvrager bepaalt doel, vorm, tijdstip, type hulp, type hulpverlener;
- De behoefte van de individuele zorgvrager is het belangrijkste uitgangspunt;
- De zorgvrager stuurt de inzet, de kwaliteit en de wijze van levering van de zorg;
- Vaak een op de persoon afgestemd uniek aanbod.

Rijckmans et al. (2002) hebben in hun literatuurreview over vraagsturing gekeken naar de verschillen tussen definities van verschillende actoren¹. Zij concluderen hieruit dat bij vraagsturing het accent ligt op keuzevrijheid van de zorgvrager. De uiteindelijke zeggenschap is in handen van de gebruiker en zijn behoeften staan centraal. De bovenstaande definities en omschrijvingen laten echter zien dat daar verschillende nuancerings op worden aangebracht. Deze nuancerings lijken zich te concentreren rondom drie aspecten: zeggenschapsverdeling, de inhoud van de vraag en de positionering van vraagsturing in het bestuurlijke systeem.

Zeggenschapsverdeling

Veel omschrijvingen van vraagsturing leggen de zeggenschap geheel bij de zorgvrager. In een aantal definities wordt ook expliciet gesproken over ‘middelen’ die de

zorgvrager daadwerkelijk in handen heeft om het aanbod te sturen.

Een aantal definities legt de zeggenschap over het zorgproces niet zondermeer in de handen van de zorgvrager, maar blijft impliciet waar die zeggenschap dan wel ligt. Zo geeft de definitie van de RVZ (1998) aan: “.... Het mogelijk maken.... dat beter ingespeeld wordt op” Noordegraaf en Grit (2004) blijven eveneens impliciet over de regieverdeling: “... wordt geprobeerd om tussen zelfsturing en sturing in, vrije en veeleisende burgers tegemoet te komen en toch als publieke sector te sturen.”

Er bestaat ook variatie in de omschrijving van hetgeen waarover de zorgvrager zeggenschap heeft. In sommige definities wordt er alleen gesproken over aanbod, maar in andere omschrijvingen wordt dat verder uitgewerkt. Zo geeft Van de Siepkamp (2000) aan dat de zorgvrager mag beslissen over de inhoud van de zorg, het moment waarop hij de zorg krijgt en de zorgverlener die de zorg verleent. Ook Bosselaar (2005) geeft aan dat de gebruiker in zijn consumentenrol mag beslissen over de betreffende diensten en de leveranciers. Bosselaar maakt daarbij onderscheid tussen de regierol van de zorgvrager en de consumentenrol. In zijn regierol heeft de zorggebruiker regie over de inrichting van zijn eigen leven en in zijn consumentenrol heeft hij regie over de diensten die hij afneemt en de leveranciers die die diensten leveren. Verbeek (2003) gaat daarin nog een stap verder door aan te geven dat de zorgvrager ook de kwaliteit van de zorg stuurt.

Inhoud van de vraag

De vraag van de zorgvrager, die het startpunt vormt van de zorgverlening wordt ook verschillend omschreven. Er wordt ook in meer of mindere mate aangegeven waar de vraag van de zorgvrager precies over gaat. Zo wordt er gesproken over wat de patiënt belangrijk vindt en wil, de problemen die hij ervaart en zijn persoonlijke wensen. Daarbij lijken medische en sociale behoeften door elkaar te lopen.

In de definities van vraagsturing wordt de zorgvrager ook verschillend omschreven: patiënt, gebruiker of vertegenwoordiger, vrager, cliënt, klant, burger en zorgvrager. Elk van deze aanduidingen verwijst naar een andere rol van het individu binnen de gezondheidszorg (als publieke sector).

Positionering van vraagsturing in het bestuurlijke systeem

Een aantal definities plaatst vraagsturing expliciet binnen de wettelijke, structurele en financiële kaders van de gezondheidszorg als publieke sector. Zo plaatst de RVZ (1998) vraagsturing “binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen” en Bosselaar (2005) positioneert vraagsturing binnen de wettelijke kaders van de voorzieningen. Noordegraaf en Grit (2004) geven aan dat er een compromis moet worden gesloten tussen enerzijds de veeleisende burger en anderzijds de belangen van de publieke sector.

Tot slot geven de verschillende definities, veelal impliciet, een indicatie van de plaats waar vraagsturing ingrijpt op de organisatie en op de levering van zorg. In de definitie van de RVZ (1998) wordt vraagsturing op een macroniveau geplaatst: Vraagsturing vormt de randvoorwaarden waarbinnen beter ingespeeld kan worden op de behoeften van de patiënt. De definitie van Noordegraaf en Grit (2004) sluit hierbij aan en spreekt in dat kader van een derde weg tussen sturing en zelfsturing met behoud van het publieke karakter van de zorg. Baljé et al. (2003) geven aan dat vraagsturing zowel op collectief als op individueel niveau kan plaatsvinden, maar lichten verder niet toe wat dat precies inhoudt. In de andere definities wordt vraagsturing meer besproken als een beïnvloedingsproces van het zorgaanbod door de individuele zorgvrager.

De variatie die de verschillende definities op deze aspecten laten zien, kunnen ook een uitwerking hebben op de uiteindelijke betekenis van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. In de volgende drie subparagrafen wordt elk van deze aspecten verder uitgewerkt.

2.3.3 Zeggenschapsverdeling

Een van de elementen waar de definities en kenmerken van vraagsturing op variëren heeft betrekking op de verdeling van verantwoordelijkheid en zeggenschap tussen de zorgvragers en de traditionele actoren, te weten zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid. Om een potentiële situatie van ‘u vraagt en wij draaien’ af te wenden, geven sommigen er de voorkeur aan om over vraaggerichtheid te spreken in plaats van over vraagsturing (Van der Kraan, 2002). Het onderscheid tussen vraagsturing (ofwel vraaggestuurde zorg) en vraaggerichtheid (ofwel vraaggerichte zorg) is echter niet altijd even duidelijk. De termen worden veelal als synoniemen gebruikt of als elkaar aanvullende concepten beschouwd. De vraag is of deze veronderstelling wel juist is.

Net als van vraaggestuurde zorg bestaan er ook verschillende definities van vraaggerichte zorg:

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan de professionele standaarden” (RVZ, 1998:14).

“Vraaggericht werken betekent letterlijk dat het aanbod van de hulpverlening zich richt op de vraag van de cliënt” (Tonkens, 2001).

“Bij vraaggerichte zorg doet de zorgaanbieder nadrukkelijk moeite om de bestaande zorgverlening aan te passen aan de specifieke behoeften en wensen van de individuele cliënt” (Verbeek, 1999 In: Kort et al., 2002).

“Een vraaggericht aanbod is dat aanbod dat, op collectief of individueel niveau, naar de opvatting van de gebruiker of zijn vertegenwoordiger, optimaal bijdraagt aan het omgaan met de problemen die hij ervaart” (Goudriaan & Vaalburg, 1998:139).

“Vraaggerichte zorg. Dit is het reële streven van zorginstellingen om zoveel mogelijk rekening te houden met de wensen en behoeften van cliënten” (Knulst, 2003).

Verbeek (2003) onderscheidt de volgende kenmerken van vraaggerichte zorg:

- De zorgvrager heeft zelf invloed op doel, vorm en tijdstip van zorg- en dienstverlening;
- Het aanbod past zoveel mogelijk bij de vraag;
- De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de kwaliteit, levering en organisatie;
- Het aanbod is vaak voor groepen mensen met vergelijkbare behoeftes.

In de literatuur wordt het onderscheid tussen vraaggestuurde zorg en vraaggerichte zorg op verschillende aspecten gebaseerd. De verdeling van zeggenschap tussen zorgvrager en andere actoren is daarbij een belangrijk aspect. Verbeek (2003) en Rijckmans et al. (2002) geven aan dat, in tegenstelling tot vraagsturing waar de zorgvrager

de bepalende partij is, bij vraaggerichte zorg de regie bij de zorgaanbieder ligt.

Verbeek (2003) blijft met het benoemen van de kenmerken van vraaggerichte zorg nog vrij dicht bij de kenmerken van vraaggestuurde zorg door alleen de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieder te plaatsen, maar de invloed op besluitvorming bij de zorgvrager te laten. Goudriaan en Vaalburg (1998) spreken bij vraaggerichte zorg expliciet over een beoordeling door de zorgvrager en/of zijn vertegenwoordiger over de aansluiting van het zorgaanbod bij de bestaande zorgbehoefte. Daarnaast leggen ze met name de nadruk op middelenverdeling en reserveren de term vraagsturing voor die situaties waarbij de zorgvrager ook daadwerkelijk de middelen in handen heeft om het aanbod te sturen.

De definitie van de RVZ (1998) wijkt af van de andere definities, omdat er wordt gesproken over een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener, terwijl bij de andere definities van vraaggerichte zorg het (besluitvorming)proces meer aan de kant van zorgaanbod wordt gepositioneerd.

Rijckmans et al. (2002) concluderen naar aanleiding van hun literatuurreview dat vooral de overheid en haar adviesorganen de meeste beperkingen aanbrengen met betrekking tot de mate waarin wordt tegemoet gekomen aan de behoeften en wensen van de cliënten, in de keuzevrijheid en in de uiteindelijke zeggenschap van de cliënten. Aan de andere kant hebben de consumentenbelangenorganisaties de meeste eisen ten aanzien van de middelen om de zeggenschap van de klant in de praktijk te brengen. Rijckmans et al. (2002) geven aan dat deze verschillen logisch zijn, gezien de posities van beide actoren.

In een aantal definities wordt ook gesuggereerd dat vraagsturing en vraaggerichtheid op andere niveaus binnen het bestuurlijke systeem gepositioneerd zijn. Zo geeft de RVZ (1998) aan dat vraagsturing faciliterend is aan vraaggerichte zorg. Daarmee onderscheidt de RVZ de twee termen door vraaggerichte zorg te plaatsen binnen de door vraagsturing gecreëerde randvoorwaarden. Oudenampsen (1999) formuleert het eigenlijk precies andersom door te stellen dat vraagsturing alleen tot zijn recht kan komen op het moment dat er draagvlak en dus een vraaggerichte houding bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars is.

Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat de meeste definities van vraagsturing de zeggenschap over de zorg, inclusief de middelen om de zeggenschap uit te oefenen, bij de zorgvrager neerleggen. Bij vraaggerichte zorg ligt die zeggenschap bij de zorgaanbieders die zich vervolgens wel sterk oriënteren op de wensen en behoeften van de zorg. Dit onderscheid kan verder worden uitgewerkt met de drie vormen van vraagsturing die de RVZ (1998) heeft onderscheiden:

- Sturing van de vraag, waarbij de vraag naar zorg wordt gestuurd;
- Sturing door de vraag, waarbij de vraag naar zorg het zorgaanbod stuurt;
- Sturing op de vraag, waarbij het zorgaanbod namens de zorgvraag door zaakwaarnemers wordt gestuurd.

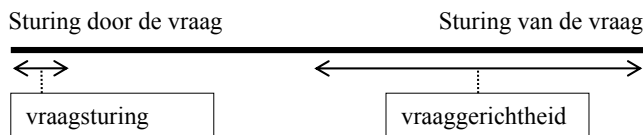
Sturing door de vraag kan worden gezien als de ultieme vorm van vraagsturing. Van der Grinten (2002) geeft aan dat deze vorm van vraagsturing conceptueel uitgaat van consumentensoevereiniteit en appelleert aan waarden als emancipatie, individualisering en liberalisering.

Sturing op de vraag kan ook worden gezien als een vorm van sturing door de vraag op het moment dat zorgvragers zelf een zaakwaarnemer inschakelen om hun belangen te behartigen. Wanneer de zaakwaarnemer niet direct als opdrachtnemer van de zorgvrager werkt, maar deze taak bijvoorbeeld wettelijk is ingesteld (zoals het ministerie

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de zorgverzekeraar als zaakwaarnemer voor zijn verzekerden ziet) dan kan sturing op de vraag meer worden gezien als vraaggerichte zorg. Er wordt dan rekening gehouden met de wensen en behoeften van de zorgvrager, maar de zorgvrager heeft geen regie.

Bij sturing van de vraag gaat het om de beïnvloeding van de zorgvraag in plaats van beïnvloeding door de zorgvraag. Dit betekent dat niet alleen de zeggenschap geheel in handen van de aanbodzijde ligt, maar dat de vraag ook nog beïnvloed wordt om de doelstellingen van de aanbodzijde te bewerkstelligen. Volgens van der Grinten (2002) wordt met ‘sturing van de vraag’ geprobeerd een verbinding te leggen tussen de kernwaarden van ‘sturing door de vraag’ en de gemeenschapszin en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze opvatting van sturing van de vraag geeft uiting aan de begrenzing van de individuele autonomie in het licht van de overkoepelende collectieve belangen.

Vraaggestuurde zorg en vraaggerichte zorg kunnen op een continuüm worden geplaatst waarbij ‘sturing door de vraag’ en ‘sturing van de vraag’ de uitersten vormen (Figuur 2.1).



Figuur 2.1

Bij sturing door de vraag ligt de zeggenschap over de inrichting van de zorg in zijn geheel bij de zorgvrager en zijn zijn wensen en behoeften het uitgangspunt. Bij sturing van de vraag zijn de individuele wensen en behoeften van de zorgvrager ondergeschikt aan de collectieve belangen die bepalend zijn voor de kenmerken van de gezondheidszorg als publieke sector. De zeggenschap ligt daarmee niet in handen van de zorgvrager, maar de zorgvrager is subject van sturing. De zeggenschap ligt geheel in handen van de aanbodzijde.

Vraagsturing zal in zijn ultieme vorm samenvallen met sturing door de vraag. Vraaggerichtheid zal niet helemaal samenvallen met sturing van de vraag. De zeggenschap bevindt zich dan wel aan de aanbodzijde, maar deze is wel sterk georiënteerd op de wensen en behoeften van de vraagzijde.

De bovenstaande positionering van vraagsturing en vraaggerichtheid op het continuüm van sturing door en sturing van de vraag is gebaseerd op ultieme vormen van deze concepten. De diversiteit aan definities laat echter zien dat de feitelijke positionering van beide concepten kan variëren.

2.3.4 Vraag naar zorg

Vraagsturing bestaat naast het woord ‘sturing’, ofwel zeggenschapsverdeling zoals besproken in de vorige subparagraaf, ook uit het woord ‘vraag’, ofwel de vraag naar zorg. De vraag naar zorg kan net als ‘vraagsturing’ op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Een vaak gehanteerd onderscheid is dat tussen ‘needs’, ‘wants’ en ‘demands’. ‘Needs’ zijn de geobjectiveerde behoeften aan zorg. De ‘needs’ worden vastgesteld op basis van bestaande medische inzichten en worden bepaald door deskundigen. De ‘wants’ zijn de subjectieve behoeften aan zorg, ofwel de behoeften van

patiënten, zoals ze die zelf ervaren. De ‘demands’, tot slot, zijn dat deel van de subjectieve behoeften dat daadwerkelijk door de patiënt is omgezet in een vraag naar zorg (RVZ, 1998; Goudriaan & Vaalburg, 1998). Het feit dat deze drie vormen van vraag naar zorg kunnen worden onderscheiden maakt het noodzakelijk om de vraag, die uiteindelijk het uitgangspunt vormt bij het organiseren van de zorg, verder te specificeren.

In de definitie van vraaggerichte zorg, zoals geformuleerd door de RVZ (1998), is vraaggerichte zorg het resultaat van een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener. Hierbij wordt in de zorgverlening zowel tegemoet gekomen aan de wensen en verwachtingen van de zorgvrager, als aan de professionele standaarden. Daarmee worden de professioneel geïndiceerde vraag naar zorg (needs) en de subjectieve behoeften van de zorgvrager (wants) als elkaar aanvullende onderdelen van de vraag naar zorg beschouwd.

In andere definities wordt aangegeven dat de zorgaanbieder zoveel mogelijk rekening moet houden met en tegemoet moet komen aan de wensen van de zorgvrager. Hierbij wordt aangegeven dat het professionele perspectief op de vraag naar zorg het startpunt is en dat de hulpverlener zich vervolgens zoveel mogelijk moet richten op de ‘wants’ en ‘demands’ van de zorgvrager. Deze prioritering wordt wenselijk geacht door diegenen die twijfels hebben over de competenties van de zorgvrager om zijn vraag goed in te schatten en te uiten. Delnoij, Glasgow en Klazinga (2001:23) problematiseren bijvoorbeeld de formulering van demands, ofwel de daadwerkelijke vraag naar zorg. Zij geven aan dat cliënten in meer of mindere mate in staat zijn om hun ‘needs’ (werkelijke behoeften aan zorg) om te zetten in een vraag naar zorg (Delnoij, Glasgow & Klazinga, 2001:23).

Begrippen als cliëntgerichte zorg en verantwoorde zorg benadrukken ook de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de professional om de juiste zorg te leveren. Cliëntgerichte zorg werd voorheen beschreven als zorg op maat, maar heeft nu een bredere betekenis: goed omgaan met de patiënt (Kort et al., 2002). Goudriaan en Vaalburg (1998) omschrijven cliëntgerichtheid als “die aspecten in de relatie professional-gebruiker die direct te maken hebben met persoonlijke bejegening en een goede service.” De invloed van het patiëntenperspectief wordt dus duidelijk beperkt tot de randvoorwaarden van de hulpverleningsrelatie. Arcades, de brancheorganisatie verpleging en verzorging, hanteert de term verantwoorde zorg. “Dit is cliëntgerichte zorg die zo veel mogelijk de vraag van de cliënt honoreert. Het leveren van verantwoorde zorg is het vakbekwaam ondersteunen van de kwaliteit van leven van de cliënt” (Arcades, 2004:2).

De uiteindelijke inhoud van de vraag en de balans tussen de verschillende aspecten (needs, wants en demands) worden ook bepaald door de specifieke zorgsituatie waarin deze vraag wordt geuit. De RVZ (1998:15) onderscheidt de volgende zorgsituaties waarin een zorgvrager zich kan bevinden: de vraag naar herstel, de vraag naar ondersteuning en de vraag naar zorg bij het einde van het leven. In elke zorgsituatie zullen de zorgbehoeften hun specifieke kenmerken vertonen en zullen de ‘needs’, ‘wants’ en ‘demands’ in een specifieke onderlinge verhouding tot elkaar staan. Zo kan worden verondersteld dat de ‘needs’, de medische geïndiceerde behoefte, met name in de vraag naar herstel een grotere rol spelen, terwijl in de laatste fase van het leven de subjectieve behoeften (wants en demands) van de zorgvrager meer centraal staan.

Om meer nadruk te geven aan het belang om niet alleen tegemoet te komen aan de medische behoeften van een zorgvrager, maar ook aan de subjectieve behoeften, wordt ook wel het begrip ‘belevingsgerichte zorg’ gebruikt. Bij langdurige zorg wordt het begrip ‘belevingsgerichte zorg’ vaak gehanteerd en kan als volgt worden gede-

finieerd: “De cliënt en de zorgverlener bepalen samen de inhoud van de zorg. De beleving die de cliënt heeft van zijn situatie, zijn levensverhaal, het ziek zijn en de (on)mogelijkheden zijn het uitgangspunt van de zorgverlening” (Kort et al., 2002:8). Het begrip ‘belevingsgerichte zorg’ geeft uiting aan het feit dat langdurige zorg niet alleen gericht kan zijn op de aandoening van de patiënt, maar dat ook de kenmerken van de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt en zijn familie een grote rol spelen. Daarnaast moet de zorg ook worden ingepast in het dagelijkse leven van de patiënt, hetgeen betekent dat rekening moet worden gehouden met sociale, fysieke en economische omstandigheden (Pool, 1999).

Naast de verschillende wijzen waarop de vraag naar zorg wordt ingevuld, wordt ook de rol van de zorgvrager op verschillende manieren getypeerd. Het individu heeft verschillende rollen binnen de gezondheidszorg (als publieke sector). Centraal staat de rol van de patiënt binnen de hulpverlenersrelatie, waarbij het individu een zorgbehoefte heeft. Daarnaast is het individu echter ook een verzekerde, die een verzekering heeft afgesloten met een zorgverzekeraar en daarmee aanspraak maakt op zorg. Tot slot is iemand ook een burger die belasting betaald en daarmee belangen heeft bij de gezondheidszorg als sector dat (gedeeltelijk) wordt betaald uit publieke middelen. In elk van deze rollen heeft de zorgvrager andere behoeften en belangen, die op bepaalde momenten ook met elkaar kunnen conflicteren (Van der Grinten & Vos, 2004; Wildner et al., 2004).

De rol en de positie van de zorgvrager zijn sterk aan het veranderen, onder invloed van de eerder besproken ontwikkelingen. Roltypering zoals ‘zorgconsument’ en ‘verantwoord burgerschap’ zijn illustratief voor deze verandering. Patiënten spelen een grotere rol in de besluitvorming rondom hun eigen zorgverlening en ze worden gestimuleerd om zich meer als rationeel, kiezende consument op te stellen, zowel ten opzichte van de zorgaanbieders als ten opzichte van de zorgverzekeraars. Tegelijkertijd wordt van individuen een toenemende verantwoordelijkheid gevraagd rondom de gezondheidszorg als publieke sector. Ze worden in toenemende mate aangesproken op hun keuzes omtrent gezondheid en gedrag en worden gestimuleerd verantwoord gebruik te maken van collectieve middelen (Struijs, 2000).

De verschillende definities verwijzen naar de verschillende behoeften, belangen en verantwoordelijkheden die het individu heeft binnen de gezondheidszorg door de rol van het individu bij vraagsturing anders te typeren.

2.3.5 Positionering van vraagsturing

Het laatste aspect waar de definities van vraagsturing op variëren is de positionering van vraagsturing op de verschillende (beleid)niveaus binnen de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is opgebouwd uit verschillende niveaus. Het primaire proces, ofwel de relatie tussen hulpverlener en zorgvrager wordt veelal centraal gesteld bij vraaggestuurde zorg, maar vraagsturing wordt ook wel op andere, meer collectieve niveaus geplaatst. Zo komt uit de definities van de RVZ (1998) naar voren dat deze organisatie vraagsturing meer op het collectieve niveau plaatst, waar het de randvoorwaarden creëert voor vraaggerichte zorg op het individuele, ofwel het microniveau.

Bosselaar et al. (2000) onderscheiden de volgende niveaus:

- Het macroniveau, waarop rijksoverheid, adviescolleges, toezichthouders en lagere overheden opereren;
- Het mesoniveau waar de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, uitvoeringsorganisaties en patiënten of/ en consumentenorganisaties zich bevinden.

- Het microniveau waar de interacties tussen patiënten/consumenten en de individuele dienstverlener plaatsvinden.

Bosselaar et al. (2000) nuanceren de opvatting van de RVZ dat vraagsturing op het collectieve niveau faciliterend is voor vraaggerichte zorg op het microniveau. Zij geven aan dat actoren op elk niveau binnen de gezondheidszorg andere doelstellingen formuleren in het kader van vraaggestuurde zorg. Zij verduidelijken dit met Tabel 2.1:

Tabel 2.1

Niveau	Behoeftedoelstelling	Instrumenten
<i>Macroniveau:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Rijksoverheid • Adviescolleges en toezichhouders • Lagere overheden 	<ul style="list-style-type: none"> • Creëren van meer keuzevrijheid, zorg op maat, met behoud van controle, beheersbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Wetgeving • Regiovisies • Concurrentie • financiering
<i>Mesoniveau:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgaanbieders • Zorgverzekeraars • Uitvoeringsorganisaties • Patiënten/consumenten-organisaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbod dat aansluit bij de vraag van een financier • Onderscheidend vermogen • Beheersbaarheid/winst • Stabiliteit en continuïteit/rust 	<ul style="list-style-type: none"> • Marketing • Vraaggericht bedrijfsproces • Ketendienstverlening • Benchmarking • Informatie/communicatie technologie • Klantenparticipatie • empowerment
<i>Mesoniveau:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten/consumenten • Individuele dienstverlener 	<ul style="list-style-type: none"> • Keuzevrijheid, zorg op maat, zekerheid • Inkomen, continuïteit, arbeidsvreugde, tevreden klanten 	<ul style="list-style-type: none"> • PGB, PRB • Kennis • Informatie • Empowerment • Coaching • Overeenkomsten • Elektronische dossiers

Bron: Bosselaar et al. (2000)

Ook Goudriaan en Vaalburg (1998) onderscheiden verschillende niveaus waarop vraagsturing en vraaggerichte zorg betekenis kunnen krijgen:

- Het landelijke niveau, ofwel het overheidsbeleid;
- Het regionale niveau, waar bijvoorbeeld regionale zorgvisies worden geformuleerd;
- Het instellingsniveau;
- Het individuele niveau.

De indeling van Goudriaan en Vaalburg (1998) is meer sectorspecifiek dan de indeling van Bosselaar et al. (2000), met name door de benoeming van het regionale niveau. Door decentralisatiebewegingen in de Nederlandse gezondheidszorg heeft met name het regionale niveau aan betekenis gewonnen. Dit is het niveau waar verschillende actoren in toenemende mate worden geacht om in onderlinge samenspel en interactie zelf sturing te geven aan de (regionale) gezondheidszorg.

Het onderscheiden van verschillende beleidsniveaus maakt de relatie tussen het over-

heidsbeleid en de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg inzichtelijk en laat de dynamiek van het implementatieproces van vraagsturing in de gezondheidszorg zien. Bosselaar et al. (2000) concluderen dat vraagsturing op microniveau alleen mogelijk is wanneer op meso- en macroniveau de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd. Daarmee onderschrijven zij gedeeltelijk de redenering van de RVZ. Het bestaan van de verschillende beleidsniveaus laat zien dat het belangrijk is om bij het bestuderen van de ontwikkeling van een concept zoals vraagsturing, oog te hebben voor de veranderingen op de verschillende niveaus én de onderlinge interacties tussen de verschillende niveaus.

2.3.6 Samenvatting

Vraagsturing is alles behalve een eenduidig concept. De bestudering van verschillende definities en typeringen laat een scala aan interpretaties en nuanceringen zien, die zich lijken te concentreren rondom drie aspecten: de zeggenschap over de organisatie van de zorg, de inhoud van de vraag die leidend moet zijn voor de organisatie van het zorgaanbod en de positionering van het concept vraaggestuurde zorg in het bestuurlijke systeem van de Nederlandse gezondheidszorg.

Het onderscheid tussen ‘vraaggestuurde zorg’ en ‘vraaggerichte zorg’ geeft het spanningsveld omtrent de zeggenschapsverdeling het beste weer. Deze begrippen bevinden zich op een continuüm dat wordt gevormd door enerzijds sturing door de vraag, waarbij de regie geheel bij de zorgvrager ligt en anderzijds sturing van de vraag, waarbij het de zorgvraag is die wordt gestuurd. Vraagsturing in zijn meest zuivere vorm kan gelijk worden gesteld aan sturing door de vraag. Vraaggerichte zorg ligt meer aan de kant van sturing van de vraag, waarbij de zeggenschap in principe in handen ligt van de aanbodzijde, maar deze laten zich wel beïnvloeden door de wensen en behoeften van de vraagzijde. De gerelateerde termen vormen veelal nuancering en verbijzonderingen van deze twee begrippen en kunnen daarom ook onder deze twee termen worden geschaard.

Naast de bepaling van de zeggenschapsverdeling is het echter ook van belang om te bepalen waar de vraag, waar vervolgens het zorgaanbod op wordt gebaseerd, uit bestaat en vanuit welk perspectief dit is geformuleerd. Daarbij kan het onderscheid worden gemaakt tussen een medisch professioneel perspectief op de zorgbehoefte (needs) en de subjectieve behoefte (wants en demands). Daarnaast is het ook belangrijk vanuit welke positie de zorgvrager wordt aangesproken: als patiënt, verzekerde of burger. De verschillende invalshoeken van waaruit de (zorg)vraag kan worden geformuleerd kunnen elkaar aanvullen, maar kunnen ook conflicteren.

Tot slot is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat besluitvorming en organisatie van zorg plaatsvindt op verschillende beleidsniveaus in het bestuurlijke systeem en dat op elk van deze niveaus maatregelen moeten worden genomen om uiteindelijk op het individuele niveau vraagsturing te kunnen realiseren. Daarbij wordt door de, door de overheid ingezette, decentralisatie en deregulering van verantwoordelijkheden en taken met name het regionale niveau steeds belangrijker als niveau waarop interacties plaatsvinden en besluitvorming plaatsvindt.

2.4 Voorwaarden voor vraagsturing

2.4.1 Centrale elementen van vraagsturing

Naast de variatie tussen de verschillende definities van vraagsturing, komen uit de bovenstaande bespreking ook duidelijke overeenkomsten naar voren. Reeds eerder

is er een overkoepelende doelstelling geformuleerd, waar de verschillende definities op terug te voeren zijn: het meer centraal zetten van de zorgvrager en zijn behoeften in het zorgproces. Om deze doelstelling te bereiken kunnen uit de verschillende definities een aantal elementen worden afgeleid die centraal staan bij het nastreven van vraaggestuurde zorg:

Soevereiniteit ofwel autonomie vormt de basis van vraagsturing (Van der Grinten, 2000; Bosselaar, 2002; Garretsen, Bongers & Rijckmans, 2002). De Nationale Commissie van Chronisch Zieken (NCCZ) heeft aangegeven dat autonomie of zelfbeschikking invulling krijgt in de patiënt als mondige consument van de gezondheidszorg die geïnformeerd keuzes kan maken en op verschillende niveaus van de gezondheidszorg meepraat. (NCCZ, 1999) Ook andere auteurs koppelen keuzevrijheid aan zelfbeschikking (o.a. Stüssgen, 1997; Jochems, 1995).

Naast zelfbeschikking kunnen nog twee andere dimensies van autonomie worden onderscheiden: 1) Zelfstandigheid: het plannen en organiseren van het eigen leven, inclusief sociale contacten en rollen; 2) Zelfredzaamheid: vaardigheden op het gebied van mobiliteit, communicatie en cognitie en activiteiten van het dagelijkse leven, die noodzakelijk zijn om te kunnen functioneren (Proot In: Van Wijnen, 2003). Zelfstandigheid verwijst naar de daadwerkelijke **zeggenschap** van de zorgvrager over het zorgaanbod. Om vorm te geven aan zijn zelfbeschikking moet de zorgvrager wel de mogelijkheid krijgen om zijn wensen en behoeften van invloed te laten zijn op het zorgaanbod, oftewel zoals in de vorige paragraaf besproken, de zorgvrager moet zeggenschap krijgen.

Om daadwerkelijk zeggenschap te kunnen hebben over de zorgverlening moet de zorgvrager wel over de juiste **vaardigheden** beschikken. De derde dimensie van autonomie, zelfredzaamheid, verwijst hiernaar. Stüssgen (1997) verwijst naar Metaal (1992) die vier componenten van een autonoom handelend persoon beschrijft: 1) Competenties: houdt in dat iemand in het bezit is van zijn normale geestelijke vermogens en in staat is tot minimale autonomie; 2) Kritische reflectie heeft betrekking op de rationele afwegingen die iemand kan maken; 3) Zelfcontrole: iemand kan een doel bepalen en weet hoe hij dat doel kan bereiken; 4) Onafhankelijkheid: dat het handelen van een persoon de uitkomst is van een eigen, gereflecteerde keuze (Stüssgen, 1997:34-45).

Deze vier elementen hebben betrekking op de vraagzijde, maar naast zelfbeschikking en de competentie van de zorgvrager om zijn autonomie te benutten moeten andere partijen de zorgvrager ook de ruimte bieden en open staan voor de wensen en behoeften van de zorgvrager. Zorgaanbieders, verzekeraars en overheid moeten **responsiviteit** tonen (Bosselaar, 2005; Fennis & Van Tilburg, 2000).

Tot slot wordt in een aantal definities gesproken over vraagsturing (of vraaggerichtheid) als een gezamenlijke inspanning tussen de aanbodzijde en de vraagzijde. Hiermee wordt het idee van **wederkerigheid** geïntroduceerd. 'Wederkerigheid' of 'reciprociteit' betreft het op korte of lange termijn beantwoorden van door een ander verrichte hulpacties, gunsten of diensten met min of meer vergelijkbare acties (Buunk & Schaefeli, 2001:41). De RVZ (2003) relateert het idee van vraagsturing aan het concept 'goed patiëntschap'. Vraagsturing vraagt niet alleen van de hulpverlener dat hij zich als 'goed hulpverlener' opstelt, maar dat ook de zorgvrager een bepaalde verantwoordelijkheid draagt. De 'nieuwe' relatie tussen zorgaanbieders en zorgvragers wordt daarom omschreven als een gelijkwaardige relatie, waarbij sprake is van wederzijdse rechten en plichten (Bosselaar, 2005). Dit betreft wederkerigheid binnen de hulpverlener-patiëntrelatie. Daarnaast wordt echter ook aandacht gevraagd voor het publieke karakter van de (Nederlandse) gezondheidszorg. Wederkerigheid kan ook worden geïnterpreteerd binnen deze context. Wederkerigheid wordt dan opgevat

als een vorm van solidariteit, waarbij het gaat om individuele ‘offers’ (in dit geval het beperken van het nastreven van individuele wensen en zorgbehoeften) voor een ‘groepsideaal’ (in dit geval het behoud van de gezondheidszorg als publieke sector) (Komter, 2003; Ten Have et al., 1998).

2.4.2 Instrumenten

De onderscheiden elementen van vraagsturing kunnen worden gezien als noodzakelijke uitgangspunten om vraagsturing in de praktijk mogelijk te maken. Om de vraagzijde toe te rusten en de mogelijkheden te bieden de gewenste rol en positie in te nemen in een vraaggestuurde zorgsituatie worden, in de verschillende beschouwingen over de mogelijkheden van vraagsturing in de gezondheidszorg, als voornaamste randvoorwaarden genoemd:

- Informatie c.q. transparantie;
- keuzevrijheid en keuzemogelijkheden;
- (Financiële) middelen voor de zorgvrager om het zorgaanbod te sturen (o.a. Van Delft, 2002; Hoeksma & Jansen, 2001).

Deze instrumenten zijn met name georiënteerd op het moment dat de zorgvrager besloten heeft om zorg te gaan gebruiken en de keuze voor een juiste hulpverlener plaatsvindt. Daarnaast worden ook nog twee andere voorwaarden genoemd die meer in algemene zin de positie van de zorgvrager versterken: wetgeving en participatiemogelijkheden (o.a. Van Veen, 1993).

In het overzicht van Bosselaar et al. (2002) zoals gepresenteerd in paragraaf 2.3 worden de voorwaarden verder geconcretiseerd door het benoemen van instrumenten. Op het macroniveau worden wetgeving, de regiovisie, concurrentie en financiering als instrumenten genoemd om vraagsturing te implementeren. Op het mesoniveau worden marketing, vraaggericht bedrijfsproces, ketendienstverlening, benchmarking, informatie/communicatie, technologie, klantenparticipatie en empowerment als instrumenten onderscheiden. Tot slot worden op het microniveau het persoonsgebonden budget, kennis, informatie, empowerment, coaching, overeenkomsten en elektronische dossiers als instrumenten genoemd voor individuele patiënten en hulpverleners om handen en voeten te geven aan vraagsturing.²

Dit overzicht geeft aan welke instrumenten aan de vraagzijde kunnen worden ingezet om de positie van de zorgvrager te versterken. Deze instrumenten hoeven niet alleen door de overheid te worden gecreëerd, maar de zorgvragersorganisaties kunnen ook de competenties van de zorgvragers vergroten. Instrumenten die ze hierbij kunnen inzetten zijn onder andere lotgenotencontact, voorlichting en informatie aan de achterban, individuele begeleiding en projecten gericht op maatschappelijke participatie van zorgvragers (Nederland, Duyvendak & Brugman, 2003).

In het overzicht worden ook instrumenten genoemd die andere actoren (zorgaanbieders, overheid en zorgverzekeraars) kunnen gebruiken om hun responsiviteit ten opzichte van de zorgvraag te vergroten. Hiertoe behoren bijvoorbeeld marketing en benchmarking. Zorgvragers kunnen ook instrumenten inzetten om de responsiviteit van de andere actoren te vergroten. Zo kunnen zorgvragersorganisaties de responsiviteit van zorgverleners vergroten door trainingen en voorlichting aan verschillende beroepsgroepen en zorgorganisaties te geven. Daarnaast kunnen ze door middel van klachtenopvang, kwaliteitsbeoordeling, richtlijnontwikkeling en samenwerking het inzicht van zorgaanbieders in hun eigen functioneren vergroten en handvaten bieden ter verbetering.

Tot slot kunnen zorgvragersorganisaties tevens een ‘luis-in-de-pels’ positie innemen

door de media op te zoeken en juridische procedures te starten om het zorgaanbod beter op de zorgvraag te laten aansluiten (Nederland, Duyvendak & Brugman, 2003).

De verschillende instrumenten die toegepast kunnen worden om vraagsturing te verwezenlijken kunnen uiteindelijk worden ingedeeld in drie categorieën: juridische instrumenten, economische instrumenten en communicatieve instrumenten (De Bruijn en Ten heuvelhoff, 1997). Bosselaar et al. (2000) onderscheiden hiernaast ook nog de volgende instrumenten: vraaggericht bedrijfsproces, ketendienstverlening, technologie en empowerment. Een vraaggericht bedrijfsproces en de empowerment van zorgvragers zijn echter meer een uitkomst van de andere instrumenten, dan dat het zelf instrumenten zijn. De ketendienstverlening is meer een algemeen organisatorisch instrument, wat enerzijds voortkomt uit juridische en/of economische incentives en mede wordt vormgegeven op basis van kennis en informatie over de zorgvraag.

Tot slot is 'Technologie' te weinig specifiek om een uitspraak over te doen. De ontwikkelingen die onder communicatieve instrumenten worden besproken kunnen ook worden gezien als technologische ontwikkelingen. Deze vier instrumenten van Bosselaar et al (2004) zullen verder buiten beschouwing blijven.

Om de verschillende instrumenten te concretiseren zullen ze kort worden toegelicht.

Juridische instrumenten

De juridische instrumenten bestaan uit rechten, plichten en beperkingen. Eerder genoemde instrumenten die hieronder vallen zijn wetgeving, het aanspannen van juridische procedures, het indienen van klachten en het aangaan van overeenkomsten.

De introductie van patiëntenwetgeving is een belangrijk onderdeel geweest van de versterking van de positie van de patiënt en daarmee voor de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg. In de periode van 1995 tot 2000 is een aantal wetten geïntroduceerd die specifiek gericht zijn op de versterking van de positie van de zorgvrager, in het bijzonder de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). In hoofdstuk vijf zal verder worden ingegaan op deze wetten. Er zijn ook nog op een aantal specifieke terreinen wetten ingevoerd, zoals de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Wet op de Orgaandonatie, maar deze wetten vallen buiten het bestek van dit onderzoek.

Naast het feit dat er wetten zijn ingevoerd om de positie van de zorgvrager te versterken, gaan consumenten ook steeds meer juridische procedures aan om hun recht op zorg op te eisen (Van der Planck, 2000). Nederland, Duyvendak en Brugman (2003) zien het aanspannen van rechtzaken ook als een instrument wat patiëntenorganisaties kunnen inzetten om meer invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. Als voorbeeld kunnen de arresten van Decker en Kohll uit 1998 worden aangehaald. In deze arresten werd bepaald dat inwoners van de Europese Unie gebruik kunnen maken van zorg verstrekt door zorgaanbieders in het buitenland, waarbij de kosten volgens de verzekeringsvoorwaarden, zoals die gelden in het eigen land, vergoed worden (Meyers, 1999).

In het ontwikkelingsproces van aanbodregulering naar vraaggestuurde zorg zijn rondom de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de modernisering van de curatieve sector allerlei (wettelijke) maatregelen genomen om te komen tot een herverdeling van verantwoordelijkheden en een stimulering van vraaggestuurde en vraaggerichte zorg. Deze maatregelen zijn niet direct gericht op het versterken van de positie van de zorgvrager, maar vergroten wel de responsiviteit

van de andere partijen richting de vraagzijde. In hoofdstuk vijf zal dit verder worden besproken.

Economische instrumenten

De economische instrumenten bestaan met name uit financiële incentives. Hierbij moet men denken aan verschillende financieringssystematieken en het stimuleren van concurrentie. Op individueel niveau moet men denken aan het creëren van individuele keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en het toekennen van financiële middelen aan individuele zorgvragers.

In de bespreking van de verschillende definities eerder in dit hoofdstuk, kwam de beschikbaarheid van middelen voor de zorgvrager om het zorgaanbod te sturen aan de orde. De persoonsgebonden financiering wordt veelal als ultieme vorm van vraagsturing gezien, omdat de aanbieder financiële prikkels ervaart om zich op de zorgvraag te richten (Miltenburg & Ramakers, 1999). Er bestaan verschillende vormen van persoonsgebonden financiering. Binnen het vouchersysteem krijgen de zorgvragers vouchers die zij bij een beperkt aantal zorginstellingen kunnen inwisselen voor zorg. Een tweede financieringsvorm is het persoonsvolgende budget waarbij de patiënt door middel van een fictief budget afspraken kan maken over de tijdstippen van de hulpverlening en een keuze kan maken uit de beschikbare hulpverleners. Tot slot is er het persoonsgebonden budget (PGB). Hierbij krijgt de zorgvrager zelf de beschikking over een geldbedrag dat hij kan besteden aan zorg (RVZ, 1998). Het persoonsgebonden budget is in 1995 als landelijke subsidieregeling ingevoerd voor verzorging en verpleging en in 1996 voor verstandelijk gehandicapten. In april 2003 zijn alle PGB-regelingen samengevoegd in één regeling (Bosselaar, 2005).

Er waren drie argumenten om het PGB in te voeren: 1) de verwachting dat cliënten met een persoonlijk budget beter in staat zouden zijn om die zorg te krijgen die het beste aansluit bij hun wensen en behoeften; 2) de verwachting dat directe zeggenschap over de hulp zou bijdragen aan de gevoelens van zelfstandigheid; 3) de verwachting dat cliënten zelf zouden kunnen bepalen met wie zij hun persoonlijke leefwereld willen delen (Ramakers, 1998).

De PGB-regeling is alleen in de AWBZ-sector ingevoerd. Naast deze vorm van individuele inkoopmacht, zijn er in de afgelopen jaren echter ook andere financiële maatregelen genomen om het zorgaanbod financieel te prikkelen om meer in te spelen op de wensen en behoeften van de zorgvrager. Zo is in 2005 in de AWBZ-zorg de functiegerichte bekostiging ingevoerd voor extramurale zorg.

In de curatieve sector is een financieringssystematiek geïntroduceerd die enigszins vergelijkbaar is met de functiegerichte bekostiging in de AWBZ, namelijk de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

Door de financiering van de zorgaanbieders meer direct te relateren aan de keuzes van de individuele zorgvragers - of de zorgverzekeraars als zaakwaarnemers voor de zorgvragers- en door het vergroten van de keuzemogelijkheden van de zorgvragers wordt geprobeerd de zorgaanbieders meer te motiveren om hun aanbod af te stemmen op de wensen en behoeften van de zorgvrager. Kiezen zorgvragers en/of zorgverzekeraars namelijk voor een andere 'provider' dan voelen zorgaanbieders daar direct de financiële consequenties van.

Communicatieve instrumenten

De communicatieve instrumenten hebben met name betrekking op de uitwisseling van informatie. Enerzijds hebben deze instrumenten betrekking op het informeren van zorgvragers. Anderzijds hebben de communicatieve instrumenten betrekking op het informeren van de zorgaanbieders. Tot slot hebben communicatieve instrumenten betrekking op de interactie tussen vraag en aanbod.

Zorgaanbieders proberen enerzijds de zorgvrager te beïnvloeden door middel van marketing etc. Anderzijds proberen de zorgvragers op hun beurt zorgaanbieders te beïnvloeden door middel van onder andere de 'luis-in-de-pels functie' en het geven van trainingen aan zorgverleners.

Informatievoorziening voor de zorgvrager is een van de centrale instrumenten die steeds terugkeert in de discussie rondom vraagsturing. De zorgvrager moet worden toegerust om als kritische consument of verantwoorde burger te kunnen handelen en informatievoorziening wordt daarbij als een cruciaal instrument gezien.

De zorgvrager kan op verschillende manieren worden geïnformeerd. De informatievoorziening binnen de hulpverlener- patiëntrelatie is vastgelegd in de WGBO (informed consent), maar de zorgvrager kan ook nog op allerlei andere, meer indirecte, manieren worden geïnformeerd. De opkomst van Internet speelt een belangrijke rol in het informeren van patiënten. Mensen maken om verschillende redenen gebruik van het Internet in relatie met hun gezondheidstoestand. Zo wordt Internet gebruikt voor contact met lotgenoten en voor het consulteren van hulpverleners. Daarnaast ontwikkelt telemedicine zich ook in een snel tempo. Hierdoor kan bijvoorbeeld de gezondheidstoestand van patiënten via Internet worden gemonitord (RVZ, 2000). In toenemende mate maken ook zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid gebruik van Internet om patiënten te informeren. De overheid heeft een aantal onafhankelijke websites geopend om de patiënt te informeren over de kwaliteit van de zorg, zoals www.kiesbeter.nl.

Tot slot kunnen ook de patiënten- en consumentenorganisaties de individuele zorgvrager van informatie voorzien (Oudenampsen, 1992).

Naast het feit dat patiënten in toenemende mate toegang krijgen tot informatie wordt het ook belangrijker voor de andere partijen om geïnformeerd te zijn over de wensen en behoeften van de zorgvrager. Bosselaar et al. (2002) hebben op verschillende niveaus instrumenten onderscheiden die zorgaanbieders, verzekeraars en overheid in staat stellen om meer inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van hun (potentiële) klanten, de regionale situatie en hun eigen prestaties. Bosselaar et al. (2002) noemen onder andere marketing, de regiovisie, benchmarking en cliëntenparticipatie. Ook de communicatie tussen zorgaanbieders wordt door het Internet gestimuleerd. Er zijn al meerdere internetsites (bijv. www.opkopzorg.nl) waar zorgaanbieders ervaringen kunnen uitwisselen over activiteiten rondom vraaggestuurde en vraaggerichte zorg.

Bosselaar et al. (2004) onderscheiden ook klantenparticipatie als instrument om vraaggestuurde zorg te ontwikkelen en te stimuleren. Participatie kan worden gezien als een vorm van communicatie, maar omvat uiteindelijk meer dan alleen het uitwisselen van informatie. Hierbij moet men denken aan allerlei samenwerkingsverbanden tussen verschillende partijen en de participatie van zorgvragers in allerlei beleidsvormende processen, waarbij belangen worden gedeeld en wordt toegewerkt naar gezamenlijke doelen. Daarom wordt participatie als vierde categorie onderscheiden.

Participatie mogelijkheden

Participatie in algemene zin betekent dat ‘men’ deelneemt in of een aandeel heeft in activiteiten of processen (Van der Kraan, 2003). Participatie kan op verschillende niveaus vorm krijgen: binnen de hulpverlener-patiëntrelatie, op instellingsniveau en op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

Binnen de hulpverlener-patiëntrelatie creëert de WGBO de randvoorwaarden waarbinnen de zorgverlening en de participatie van de zorgvrager daarin vorm krijgen. De zorgverleningsrelatie heeft een ontwikkeling doorgemaakt van een bevelshuishouding (oftewel een paternalistische relatie) richting een onderhandelingshuishouding. Was de hulpverlener eerst degene die de zorgvraag interpreteerde en de behandeling vaststelde, nu moeten zorgvrager en hulpverlener in onderling overleg en met wederzijdse toestemming tot een behandelplan komen (Stüssgen, 1997).

Op instellingsniveau zorgt de WMCZ voor de mogelijkheid tot participatie van de cliëntenraad bij het vaststellen van het beleid van een instelling. Individuele zorgvragers kunnen als vertegenwoordiger participeren in een cliëntenraad. Daarnaast bestaan er op verschillende niveaus contacten tussen zorginstellingen en patiëntenorganisaties (Oudenampsen, 1992). Zo hebben veel categorale patiëntenorganisaties contacten met specialisten die betrokken zijn bij het ziektebeeld van hun achterban.

Op collectief niveau probeert de patiëntenbeweging met name een plaats als gesprekspartner van de zorgaanbieders in te nemen.

Op het regionale niveau kan de zorgvrager invloed uitoefenen door participatie in het regionale gezondheidszorgbeleid (Oudenampsen, 1999). De patiënten- en cliëntenorganisaties worden de laatste jaren steeds vaker gevraagd om de cliënt te vertegenwoordigen. De overheid heeft hierbij in het begin sturend opgetreden door met name de positie van de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's) te versterken, maar in de loop van het proces zijn steeds meer interacties ontstaan tussen de patiënten- en consumentenorganisaties en de andere partijen (Huijsman & Van Wijngaarden, 2001).

2.4.3 Samenvatting

Naast de verschillen die zijn te ontwaren wanneer de variatie aan definities en typing wordt bestudeerd, zijn er ook overeenkomsten. Centrale elementen die steeds terugkomen zijn: soevereiniteit van de zorgvrager, zeggenschap van de zorgvrager over zijn leven en zorg, de noodzakelijke vaardigheden waar de zorgvrager over moet beschikken om zijn rol als regisseur te kunnen vervullen, de responsiviteit die andere actoren moeten tonen ten opzichte van de vraagzijde en de wederkerigheid die er moet bestaan tussen de actoren die in interactie met elkaar vraagsturing in de gezondheidszorg mogelijk moeten maken.

Om deze randvoorwaarden te creëren worden verschillende instrumenten ingezet die in vier groepen onder te verdelen zijn:

- Juridische instrumenten;
- Economische instrumenten;
- Communicatieve instrumenten;
- Participatie mogelijkheden.

Elk van deze instrumenten draagt bij aan het verwezenlijken van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg en helpen de verschillende betrokken actoren hun toegewezen rol en taken te vervullen. Uit de toelichting op de categorieën instrumenten blijkt dat praktijkvoorbeelden reeds voor handen zijn. Toch wordt er nog veel discussie gevoerd over de mogelijkheden van vraagsturing en de wijze waarop

dit sturingsconcept vorm moet krijgen. Vraaggestuurde zorg is in de Nederlandse gezondheidszorg nog niet uitgekristalliseerd. Daarbij bestaan ook verschillende visies op de wijze waarop en de mate waarin de onderscheiden instrumenten moeten worden ingezet. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op deze verschillende visies.

2.5 Perspectieven op vraagsturing

2.5.1 Introductie

In de voorgaande paragrafen is gekeken naar de verschillende definities van vraagsturing en gerelateerde termen die worden gehanteerd. Er zijn centrale elementen afgeleid die de overeenkomstige ideeën en doelstellingen achter al die verschillende begrippen weergeven. Daarnaast is gekeken naar de randvoorwaarden die noodzakelijke worden geacht om vraagsturing in de praktijk tot ontwikkeling te laten komen en de instrumenten die daarbij ingezet dienen te worden.

Uiteindelijk is een beeld geschetst van de introductie van een nieuw sturingsconcept waarbij ambitie gelijk opgaat met afwachtendheid en nuancering. Er is sprake van een 'sense of urgency', maar tegelijkertijd is er een verlangen naar traditionele rollen verantwoordelijkheidsverdelingen. Daarnaast is er sprake van een grote mate van diversiteit aan denkbeelden over en perspectieven op de wenselijkheid, de doelstellingen en de vormgeving van vraagsturing.

Er kunnen verschillende perspectieven op vraagsturing worden onderscheiden. Elk perspectief representeert een samenhangend geheel van veronderstellingen over de kenmerken, de potentiële betekenis, de in te zetten instrumenten, noodzakelijke randvoorwaarden en mogelijke beperkingen van vraagsturing. Deze veronderstellingen zijn gebaseerd op meer algemene visies op dienstverlening, interactiepatronen en institutionele arrangementen. In deze paragraaf zal, op basis van de voorgaande paragrafen en reeds bestaande indelingen van perspectieven op vraagsturing, toegewerkt worden naar een hanteerbare indeling van perspectieven op vraagsturing.

2.5.2 Exit, voice en loyalty

In het debat rondom vraagsturing wordt vaak verwezen naar het onderscheid tussen 'exit' en 'voice' van Hirschman (o.a. Tonkens, 2001b; Horstman & Van der Made, 2004). Hirschman benoemt deze handelingsopties van de consument als reactie op de afnemende kwaliteit van het geleverde aanbod. *"Some customers stop buying the firm's products or some members leave the organization: this is the exit option"* (Hirschman, 1970:4). Dit wordt ook wel 'stemmen met de voeten' genoemd. *"Voice is here defined as any attempt at all to change, rather than to escape from, an objectionable state of affairs, whether through individual or collective petition to the management directly in charge, through appeal to a higher authority with the intention of forcing a change in management, or through various types of actions and protests, including those that are meant to mobilize public opinion"* (Hirschman, 1970:30).

Hirschman verbindt de exit-optie met een economisch perspectief op vraagsturing en de voice-optie met een politiek perspectief op het handelen van de consument. De handelingsopties worden enerzijds gezien als alternatieven, mede vanwege het feit dat beide perspectieven elkaars handelingsopties niet waarschijnlijk achten. Anderzijds geeft Hirschman echter aan dat ze elkaar ook kunnen aanvullen. Zo kunnen consumenten, volgens Hirschman de exit-optie uitstellen wanneer zij voldoende overtuigd zijn van het mogelijke effect van de voice-optie (Hirschman, 1970:34).

Het bestaan van 'loyalty' zal er aan bijdragen dat consumenten minder snel voor de

exit-optie zullen kiezen (Hirschman, 1970:77). Hirschman heeft ‘loyalty’ als derde reactie onderscheiden, omdat mensen niet altijd meteen opstappen op het moment dat ze ontevreden zijn. Mensen gaan een bepaalde relatie aan met de aanbieder en ontwikkelen daarbij een soort loyaliteit (Horstman & Van der Made, 2004). Dit zal het gebruik van de voice-optie versterken.

De exit-optie en de voice-optie van Hirschmann (1970) zijn met name reactief. Dit betekent dat consumenten deze handelingsopties pas zullen vertonen op het moment dat de kwaliteit van het aanbod afneemt. De gezondheidszorg is echter een dienst en wordt dus in een samenspel tussen aanbieder en vrager gecreëerd. Dit betekent enerzijds dat verondersteld kan worden dat de loyaliteit van de zorgconsument groter zal zijn omdat de betrokkenheid ook groter is, met name bij chronische zorg. Daarnaast kan ook worden verondersteld dat de voice-optie niet alleen zal plaatsvinden op het moment dat de kwaliteit zal afnemen, maar dat de ‘voice’ van de zorgvrager al eerder een rol zal spelen.

2.5.3 Verschillende perspectieven op vraagsturing

Het onderscheid tussen de exit-optie en de voice-optie, ofwel het economische en het politieke perspectief, vormt de basis voor verschillende indelingen die in de literatuur bestaan om perspectieven op vraagsturing van elkaar te onderscheiden en inzichtelijk te maken. Deze indelingen zijn gebaseerd op verschillende uitgangspunten. Zo baseren Noordegraaf en Grit, Bosselaar (2004), Pickard (1998) en Potter (1988) hun indeling op de betrokkenheid en rol van de zorgvrager in de (besluitvorming rondom) gezondheidszorg.

Noordegraaf en Grit (2004) maken een driedeling op basis van beschikbare analyses: In de *Private visie* is de vrager een consument. Doelstelling zijn het vergroten van keuzevrijheid en keuzemogelijkheden en versterking van koopkracht. In de *Professionele visie* is de vrager een van professionele oordeelsvorming afhankelijke cliënt. Doelstellingen zijn een adequate professionele oordeelsvorming en professionalisering van cliënten, door bijvoorbeeld cliëntenraden en patiëntenplatforms. In de *Politieke visie* is de vrager, tot slot, onderdeel van het publieke domein en dus burger. Doelstelling is het versterken van burgerschap door participatie en ‘empowerment’. Pickard (1998) en Potter (1988) maken een onderscheid tussen een individueel georiënteerd perspectief en een meer collectief perspectief. Potter noemt de benaderingen: ‘*a consumerist approach*’ en ‘*a participative approach*’ (sterk vergelijkbaar met de exit- en voice-optie van Hirschmann). Pickard (1998) onderscheidt in de discussie over de betrokkenheid van zorgvragers in de besluitvorming rondom de gezondheidszorg twee visies: ‘*consumerism*’ (gericht op individuele keuzemogelijkheden) en ‘*citizenship*’ (gericht op gelijkwaardig burgerschap). Het consumerism-perspectief licht Pickard toe door te verwijzen naar het ‘supermarktdenken’ waarbij de nadruk ligt op het moment van levering en waarbij aanbieders reageren op de individuele keuzen van klanten. In het perspectief van ‘citizenship’, ofwel burgerschap hebben burgers een legitieme betrokkenheid of zelfs een verantwoordelijkheid bij besluitvorming rondom de allocatie van middelen en het bepalen van het kwaliteitsniveau.

Bosselaar (2002:11) maakt een uitgebreid overzicht van drie perspectieven, die elk andere doelen van vraagsturing centraal stellen:

Een *politiek-economische invalshoek*, waarbij met name de afstemming tussen vraag en aanbod centraal staat. Daarbij worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

- Meer efficiency;

- Optimalisatie van het aanbod;
- Meer keuzemogelijkheden voor de zorgvrager.

Een *sociaal-politieke perspectief* dat zich richt op de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en burger. Met daarbij de volgende doelstellingen:

- Primaat bij autonomie van de burger;
- Competentie van de burger is het uitgangspunt;
- Re-allocatie van verantwoordelijkheden en activering van de burger.

En tot slot een *institutioneel perspectief* waarin de positionering van de aanbieder en de vrager ten opzichte van elkaar centraal staat. Hierin worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

- Terugdringen van de rol van de professional;
- Empowerment van de cliënt;
- Behoeft van de cliënt als uitgangspunt;
- Nauwere relatie tussen inspanning en uitkering.

Bosselaar plaatst, net als Oudenampsen (2002) de zorgvrager op verschillende niveaus en ten opzichte van verschillende actoren.

Oudenampsen (2002) maakt een onderscheid tussen een ‘*economisch/bestuurlijke benadering*’ en een ‘*zorginhoudelijke benadering*’. In de zorginhoudelijke benadering gaat het om vraaggerichte zorg, zoals gedefinieerd door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). Hierbij is vraaggerichte zorg een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan de professionele standaarden. De economisch/bestuurlijke benadering krijgt onder andere vorm via de persoonsgebonden budgettering.

Tot slot maken Rijckmans et al. (2002) in hun poging tot verheldering van het concept vraagsturing ook een onderscheid tussen verschillende perspectieven: een *professioneel perspectief*, een *individualistisch perspectief*, een *bestuurlijk perspectief* en een *economisch perspectief*. De perspectieven worden niet geëxpliciteerd, maar uit de toepassing kan worden afgeleid dat een individualistisch perspectief het individuele karakter van de vraag centraal stelt. De zorgvrager wordt als ervaringsdeskundige als enige in staat geacht om de voor hem relevante afwegingen te maken. Bij het professioneel perspectief staat met name de beoordeling van de professional centraal. Het economische perspectief wordt toegelicht aan de hand van het toekennen van financiële middelen aan de zorgvrager. In die zin heeft het met name betrekking op de inzet van instrumenten (zie paragraaf 2.5). Ook het bestuurlijk perspectief wordt instrumenteel toegelicht. Rijckmans et al. geven aan dat de markt meer wordt gezien vanuit een bestuurlijk perspectief, waarin de hiërarchische en budgetgestuurde benadering plaats moet maken voor een meer decentrale consumentgerichte benadering (Rijckmans et al., 2002:391). De indeling van Rijckmans et al. is minder eenduidig dan die van de andere auteurs. Enerzijds is het gebaseerd op het gehanteerde centrale perspectief (de professional of de zorgvrager) en anderzijds op de organisatorische en financiële vormgeving (het bestuurlijke en het economische perspectief).

De bovenstaande greep uit de bestaande indelingen, waar auteurs conceptuele verheldering mee nastreven, laat grote overeenkomsten zien, maar ook relevante verschillen. In het hiernavolgende zal, mede aan de hand van de besprekingen in de vorige paragrafen, een indeling van die perspectieven worden besproken.

2.5.4 Drie perspectieven

Wanneer de exit- en de voice-optie als startpunt worden beschouwd dan kan de *private visie* van Noordegraaf en Grit (2004) onder de *exit-optie* worden geschaard, net als de *consumerist approach* van Potter en het *consumerism* van Pickard (1998). De vrager is een consument en door het creëren van keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en koopkracht aan de aanbodzijde kan het individu gebruik maken van zijn exit-optie om het zorgaanbod te beïnvloeden.

De *economisch/bestuurlijke benadering* van Oudenampsen (2002), de *politiek-economische invalshoek* van Bosselaar (2002) en ook het *bestuurlijk* en het *economische perspectief*, zoals onderscheiden door Rijckmans et al. (2002), richten zich meer op de bestuurlijke vormgeving van de gezondheidszorg om de zorgvrager op het individuele niveau de mogelijkheid te bieden zich als consument te gedragen. Dit verwijst terug naar het belang om oog te hebben voor de verschillende beleidsniveaus.

De *participatieve benadering* van Potter (1988) valt onder de *voice-optie*, al beperkt deze benadering zich wel tot 'collectieve' participatie van de zorgvrager. De *politieke visie* van Noordegraaf en Grit (2004) richt zich in het bijzonder op de politieke participatie van de zorgvrager als burger c.q. als onderdeel van het publieke domein. Het *citizenship-perspectief* van Pickard (1998) en het *sociaal-politieke perspectief* van Bosselaar doen dit ook, maar verwijzen daarbij ook expliciet naar de verantwoordelijkheden van de zorgvrager als burger. Daarmee verbinden ze (politieke) participatie met het element van wederkerigheid zoals onderscheiden in paragraaf 3.

Tot slot wordt er een derde perspectief geïntroduceerd dat zich richt op de positionering van de zorgvrager en de (professionele) hulpverlener ten opzichte van elkaar. Noordegraaf en Grit benoemen met de *professionele visie* de afhankelijkheid van de zorgvrager ten opzichte van de professionele oordeelsvorming. Daarbij formuleren ze de doelstelling van adequate professionele oordeelsvorming en de doelstelling van professionalisering van cliënten. Met dit laatste geven ze min of meer aan dat de cliënt zich aan moet passen aan de professional.

Oudenampsen (2002) verwijst voor de uitleg van zijn *zorginhoudelijke benadering* naar de definitie van vraaggerichte zorg van de RVZ (1998). Daarmee benadrukt Oudenampsen de gezamenlijke inspanning van de patiënt en de hulpverlener en de uiteindelijke afstemming van de professionele standaarden en de wensen en verwachtingen van de zorgvrager.

Het *institutioneel perspectief* van Bosselaar (2002) benadrukt de noodzaak om de positie van de zorgvrager ten opzichte van de professional te verbeteren het sterkst. Dit doet Bosselaar (2002) door te praten over het terugdringen van de rol van de professional en de empowerment van de cliënt. Waar Noordegraaf en Grit (2004) en Oudenampsen (2002) praten over een afstemming met en zelfs aanpassing van de wensen en verwachtingen van de patiënt aan de professionele standaarden, zegt Bosselaar expliciet dat de behoeften van de cliënt het uitgangspunt zijn.

2.5.5 Samenvatting

De exit- en de voice-optie, zoals benoemd door Hirschman (1970), vormen twee duidelijk te onderscheiden visies op vraagsturing. De exit-optie is gebaseerd op een economische benadering en de voice-optie meer op een politieke benadering. De aanwezigheid van loyalty van de consument ten opzicht van de aanbieder zal de keuze van de consument om gebruik te maken van de voice-optie of de exit-optie beïnvloeden.

De exit- en de voice-optie komen ook terug in de indelingen die gemaakt zijn door verschillende auteurs, om de bestaande visies op en benaderingen van vraagsturing ten opzichte van elkaar te onderscheiden. De verschillende indelingen vertonen enerzijds veel overeenkomsten met name wat betreft het onderscheid tussen de ‘economische perspectieven’ en de ‘politieke/participatie perspectieven’, maar er zijn ook verschillen. Deze verschillen hebben onder andere te maken met het niveau waarop de perspectieven betrekking hebben. Daarnaast zijn er ook inhoudelijke verschillen. Met name rondom de perspectieven die betrekking hebben op participatie van zorgvragers verschillen de onderscheiden definities in de mate waarin ze ook het element van wederkerigheid meenemen. In de derde groep van perspectieven die ingaan op de relatie tussen zorgvragers en zorgverleners verschillen de perspectieven in de wijze waarop professionele standaarden en de verwachtingen en wensen van de zorgvrager op elkaar moeten worden afgestemd.

Uiteindelijk worden, op basis van een vergelijking tussen de verschillende indelingen van perspectieven, drie perspectieven geformuleerd:

Het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief.

Het economische perspectief

De zorgvrager functioneert als een consument. Er is sprake van een marktsituatie waarbij de individuele zorgvrager keuzevrijheid en keuzemogelijkheden heeft en eventueel individuele koopkracht. Dit perspectief betreft zowel de noodzakelijke randvoorwaardelijke processen op bestuurlijk niveau, als het functioneren van de actoren op het individuele niveau.

Het participatie perspectief

De zorgvrager is een actieve burger die zich bewust is van zijn mogelijkheden en zijn verantwoordelijkheden. De zorgvrager participeert ook in besluitvormingsprocessen. Het participatie perspectief beperkt zich niet tot de relatie overheid-burger, maar heeft betrekking op alle relaties en interacties, op elk niveau binnen de gezondheidszorg.

Het zorginhoudelijke perspectief

De zorgvrager is een geëmancipeerde patiënt die in samenspraak met de hulpverlener tot besluitvorming komt omtrent de te volgen behandeling. Deze benadering gaat niet per definitie uit van een dominante positie van de professionele beoordeling, maar eerder van een partnerschap. Dit derde perspectief doet met name eer aan de specifieke karakteristieken van de gezondheidszorg.

Reeds eerder is aangegeven dat het primaire proces centraal staat bij vraagsturing in de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is een dienstensector. Het product ‘zorg’ wordt gecreëerd in interactie tussen de hulpverlener en de zorgvrager. Daarmee onderscheidt de gezondheidszorg zich van andere sectoren. Daarnaast zorgen de typische kenmerken van de zorg voor een specifieke dienstverleningsrelatie. In het volgende hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de drie onderscheiden perspectieven.

2.6 Conclusie

In dit hoofdstuk stond de conceptuele verkenning van het begrip vraagsturing centraal. Vraagsturing is alles behalve een eenduidig begrip. Er bestaan verscheidende definities en typering, maar ook veel gerelateerde termen. In een eerste stap op weg naar meer inzicht in de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg is het debat rondom vraagsturing verkend.

Daarbij is allereerst gekeken naar de context waarin vraagsturing is opgekomen in de Nederlandse gezondheidszorg. Hieruit is naar voren gekomen dat de introductie van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg begrepen kan worden vanuit drie ontwikkelingen: algemene maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in de (vraag naar) gezondheidszorg en de veranderende sturingsvisie van de overheid. De algemene maatschappelijke ontwikkelingen laten een toenemende individualisering en emancipatie van de burger zien. Deze algemene maatschappelijke ontwikkelingen hebben onder andere geleid tot de opkomst van de patiëntenbeweging.

Ontwikkelingen in de vraag naar zorg laten een toenemende vergrijzing, toenemend aantal chronisch zieken en een toenemende (culturele) diversiteit zien. Daarnaast leiden medisch technologische ontwikkelingen tot meer mogelijkheden in het zorgverleningsproces. Deze ontwikkelingen leiden samen tot een toenemende (diverse) vraag naar zorg, waarbij het steeds belangrijker wordt om de zorg goed af te stemmen op de individuele omstandigheden en wensen van de zorgvrager.

De toenemende vraag naar zorg (op maat), samen met de groeiende financiële last, hebben de gezondheidszorg als publieke sector onder druk gezet en Nederland is, net als andere landen, bezig met een heroriëntatie op de aansturing van de gezondheidszorg. Deze heroriëntatie gaat in de richting van liberalisering. Hier past vraagsturing goed in.

Een tweede stap in de conceptuele verkenning was een nadere analyse van de verschillende definities en gerelateerde termen. Hierbij zijn veel verschillen, maar ook overeenkomsten naar boven gekomen. De verschillen konden uiteindelijk worden teruggevoerd op drie aspecten: de zeggenschapsverdeling, de inhoud van de vraag en de positionering van vraagsturing op de verschillende (beleid)niveaus in het bestuurlijke systeem van de gezondheidszorg. Het onderscheid tussen vraaggestuurde zorg en vraaggerichte zorg geeft de variatie tussen de definities omtrent de zeggenschap weer. Vraagsturing is in zijn meest zuivere vorm gelijk aan sturing door de vraag, waarbij de zeggenschap geheel aan de zijde van de zorgvrager ligt. Vraaggerichte zorg ligt meer aan de kant van sturing van de vraag, waarbij de zeggenschap in principe in handen ligt van de aanbodzijde, maar deze laat zich wel sterk beïnvloeden door de wensen en behoeften van de vraagzijde.

Het is ook belangrijk om nader te specificeren op basis van welke vraag het aanbod gestuurd en ingericht dient te worden. Daarbij kan het onderscheid tussen een zorgvraag geformuleerd vanuit een medisch, professioneel perspectief (needs) en een zorgvraag geformuleerd vanuit een subjectief perspectief (wants en demands) verhelderend werken. Tevens is het belangrijk om te bepalen in welke rol het individu wordt aangesproken. Een individu heeft als burger namelijk andere behoeften en belangen dan als patiënt en/of verzekerde. Deze verschillende rollen kunnen elkaar aanvullen, maar ook met elkaar conflicteren.

Tot slot is duidelijk geworden dat vraagsturing op verschillende niveaus van het bestuurlijke systeem kan worden gepositioneerd. Besluitvorming rondom (de ontwikkeling van) vraagsturing vindt op verschillende niveaus plaats: het landelijke niveau, het regionale niveau, het instellingsniveau en het individuele niveau. Door het liberaliserende beleid van de overheid worden vooral de lagere niveaus steeds belangrijker.

Ondanks het feit dat er duidelijk verschillen kunnen worden waargenomen, komen ook duidelijk een aantal centrale elementen uit de verschillende definities naar voren: aan de vraagzijde zijn deze: soevereiniteit, zeggenschap en vaardigheden. Daarnaast

wordt de responsiviteit van de andere betrokken actoren en de wederkerigheid in de interacties tussen actoren als centrale elementen onderscheiden. Elk van deze elementen draagt bij aan de mogelijkheid van vraagsturing.

Om vraagsturing uiteindelijk in de praktijk vorm te kunnen geven kunnen vier groepen van instrumenten worden onderscheiden. De juridische instrumenten bestaan uit rechten, plichten en beperkingen. De economische instrumenten hebben betrekking op het creëren van financiële incentives binnen een marktsituatie. De communicatie instrumenten zijn met name gericht op het uitwisselen van informatie, het creëren van wederzijds inzicht tussen partijen en transparantie. Bij participatiemogelijkheden gaat het niet alleen om informeren, maar ook om het aangaan van samenwerkingsrelatie en het uitspreken van intenties.

Het onderscheiden van verschillen en overeenkomsten had niet tot doel om te komen tot een eenduidige definiëring van vraagsturing. De inventarisatie in dit hoofdstuk maakt het wel mogelijk om verschillende uitspraken in het debat over vraagsturing ten opzichte van elkaar te positioneren.

Uiteindelijk spreekt elke actor vanuit een bepaald perspectief over vraagsturing, waarin assumpties, preferenties en wellicht ook vooroordelen samenkomen. Andere auteurs hebben aan de hand van verschillende indelingen geprobeerd om inzicht te krijgen in de verschillende perspectieven op vraagsturing. Dit heeft op zijn beurt echter weer geleid tot een verzameling van variërende indelingen. Uiteindelijk zijn drie perspectieven gedestilleerd:

1. Het economische perspectief, waarbij de zorgvrager handelt als consument met keuzevrijheid en inkoopmacht;
2. Het participatie perspectief, waarbij de zorgvrager participeert in besluitvormingsprocessen op verschillende niveaus;
3. Het zorginhoudelijke perspectief waarbij de zorgvrager als geëmancipeerde zorgvrager in samenspraak met de professional komt tot een behandelplan.

Deze drie perspectieven vormen een basis waarmee de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg verder kan worden verkend. In hoofdstuk drie zullen de perspectieven verder worden uitgewerkt.

Voetnoten

- ¹ Zij maken een onderscheid in vijf groepen actoren: wetenschap- en kennisinstituten, overheid, zorgaanbieders, consumentenbelangenorganisaties en overigen.
- ² Deze indeling is enigszins aangepast omdat Bosselaar et al. praten over de sociale sector en dit onderzoek alleen de gezondheidszorg betreft.

3 Drie perspectieven op vraagsturing

3.1 Inleiding

In hoofdstuk twee zijn uit een conceptuele verkenning van ‘vraagsturing’ drie perspectieven afgeleid. In het *economische perspectief* wordt de relatie tussen vraag en aanbod benaderd als een marktsituatie, waarbij de zorgaanbieders onderling concurreren om de gunsten van de klant en de zorgvragers zich gedragen als consumenten. Het *participatie perspectief* gaat met name in op de participatie van de zorgvrager op de verschillende (beleid)niveaus in de gezondheidszorg. Tot slot richt het *zorginhoudelijke perspectief* zich op de afstemming tussen het professioneel perspectief op zorg en de (subjectieve) wensen en behoeften van de zorgvrager.

Deze drie perspectieven bieden een leidraad voor de verdere verkenning van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. In dit hoofdstuk zullen de drie perspectieven verder worden uitgewerkt. Daarbij zal tevens worden gekeken hoe de drie perspectieven zich verhouden tot de centrale elementen van vraagsturing: soevereiniteit, zeggenschap, vaardigheden van de zorgvrager, responsiviteit van de aanbieders en wederkerigheid.

3.2 Economische perspectief

3.2.1 Introductie

Het economische perspectief is één van de meest dominante visies op vraagsturing. In veel Westerse landen is het marktmechanisme geïntroduceerd als nieuwe sturingsfilosofie voor de gezondheidszorg en vraagsturing wordt vaak geïnterpreteerd als synoniem voor marktwerking. In de Nederlandse gezondheidszorg is marktwerking in de jaren tachtig geïntroduceerd als reactie op het ‘falen’ van een sterke overheidssturing. Daarnaast zorgde de emancipatie van de burger ook voor een verminderd draagvlak voor sturing door de overheid (Plug et al., 2003).

In hoofdstuk twee is naar voren gekomen dat de rol van consument voor de zorgvrager en de exit-optie, als mogelijkheid voor de zorgvrager om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod, de centrale elementen van het economische perspectief zijn. Dit veronderstelt een marktsituatie tussen vraag en aanbod. In deze paragraaf zal het economische perspectief verder worden uitgewerkt aan de hand van het marktmodel en het consumentismemodel. Dit laatste model gaat specifiek in op de rol van de zorgvrager in een marktsituatie.

3.2.2 Gereguleerde marktwerking

De exit-optie van Hirschman (1970) gaat er vanuit dat de consument een producent verlaat op het moment dat het product in kwalitatief opzicht niet (langer) voldoet aan de wensen en verwachtingen van de consument. Wanneer de consument niet tevreden is over het aanbod van de ene aanbieder kan hij naar de andere aanbieder overstappen (Hirschman, 1970; Tonkens, 2001a; Van den Brink, Brandsen & Putters, 2002). In een situatie van volkomen concurrentie is de exit-optie het meest effectief. Er is dan sprake van volkomen concurrentie tussen aanbieders en daarmee van effectieve marktwerking. Dit zal leiden tot een goede afstemming tussen vraag en aanbod

(Donaldson & Gerard, 1993). Aan deze redenering liggen de volgende veronderstellingen ten grondslag:

- Aan de aanbodzijde moeten voldoende producenten en aan de vraagzijde voldoende afnemers zijn, zodat geen enkele individuele aanbieder of vrager een beslissende invloed kan uitoefenen op de vraag;
- Producenten moeten vrij en onmiddellijk kunnen toe- en uittreden zonder hoge kosten;
- Er moet sprake zijn van volledige transparantie: alle relevante informatie over de prijs en kwaliteit van een product of dienst moet voor iedereen relatief eenvoudig en zonder noemenswaardige kosten toegankelijk zijn (Plug et al., 2003).

In een perfecte marktsituatie zal geen enkele producent of consument onbevredigd zijn door de uitkomst van de interactie. Op het moment dat er voor beide partijen geen extra voordeel meer te behalen is, stopt men met handelen en is er sprake van een markt equilibrium. Deze situatie is wenselijk omdat: 1) Mensen dan hun eigen keuzes maken; 2) Er alleen goederen worden geproduceerd waar consumenten om vragen en de goederen worden geproduceerd zonder verspilling van economische middelen; 3) Tot slot zijn mensen zijn tevreden met hun verworven economische situatie, gezien de middelen waar ze mee begonnen (Rice, 1997).

De heroriëntatie omtrent de coördinatie en organisatie van de gezondheidszorg, zoals die plaatsvindt in veel landen, heeft veel elementen van het marktdenken in zich. Toch bestaat er een brede gedeelde opvatting dat een vrije markt in de gezondheidszorg niet zou leiden tot een efficiënte en effectieve zorgverlening (Plug et al., 2003; Schut, 2003). Deze opvatting is onder andere gebaseerd op de volgende argumenten:

Er is sprake van *onzekerheid aan de vraagzijde* over het tijdstip waarop patiënten zorg nodig hebben en welke zorg dat dan precies is. Daarnaast bevindt de zorgvrager zich in een afhankelijke positie ten opzichte van de aanbieders door het bestaan van *informatieasymmetrie*. Deze twee aspecten zorgen, in combinatie met een *grote medisch-technologische vooruitgang*, voor een grote invloed van de aanbieders op de vraag naar zorg, ofwel een *aanbodgeïnduceerde vraag*. De aanbieders zijn in staat de vraag naar hun diensten te beïnvloeden en daardoor hun eigen doelstellingen te realiseren. Doordat de financiële risico's moeilijk in te schatten zijn, gaan individuen zich verzekeren voor mogelijke medische kosten, maar hierdoor staat een risico op *moral hazard*. Het verzekeringsstelsel schakelt het prijsmechanisme uit en daardoor maken de consumenten geen volledige kosten-baten afweging. Daarnaast kan een onvoldoende inzicht in (gezondheids)risico's ofwel (toekomstige) behoeften leiden tot risicoselectie door verzekeraars en anti-selectie door verzekerden (zelfselectie).

Er is tevens sprake van sterke *externe effecten* van het al dan niet gebruiken van gezondheidszorg door individuen. Wanneer een individu bijvoorbeeld besluit zich niet in te laten inenten kan dit gevolgen hebben voor de gehele samenleving. Daarnaast is het zo dat in de samenleving bepaalde normen en waarden bestaan, waardoor burgers het belangrijk vinden om toegang tot de zorg voor iedereen mogelijk te maken. Dit heeft er ook voor gezorgd dat de gezondheidszorg grotendeels publiek is georganiseerd in Nederland. Dit brengt echter *kunstmatige schaarste* met zich mee, omdat het aanbod gereguleerd wordt om de financiële last van de gezondheidszorg op de publieke middelen te beperken.

Tot slot is het zo dat de gezondheidszorg een *heterogeen product* is. Dit maakt het lastig om zorgaanbieders en hun goederen met elkaar te vergelijken (Lapré, Rutten & Schut, 1999; Smith et al., 1997; RVZ, 1998).

De bovenstaande argumenten, ofwel marktimperfecties, worden enerzijds veroorzaakt door de kenmerken van de gezondheidszorg als dienst, maar anderzijds ook door de huidige bestuurlijke vormgeving die met name de collectieve belangen waarborgt. (Van der Grinten, 2000; Schut, 2003). Deze kenmerken vormen de basis van het argument dat een vrije markt in de gezondheidszorg niet zal leiden tot de gewenste resultaten en daarom wordt met name gesproken over gereguleerde marktwerking

Om gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg op een effectieve manier te laten functioneren worden een aantal voorwaarden gesteld waaraan de gezondheidszorg moet voldoen. Zo moet er sprake zijn van een *adequate risicoverevening* om risicoselectie tegen te gaan. Een goed risicovereveningssysteem moet de prikkel om te selecteren, zowel aan de aanbodzijde als aan de vraagzijde voorkomen. *Gestandaardiseerde productclassificatie* moet de homogeniteit van de zorg bevorderen en *prestatie/kwaliteitsindicatoren* en *consumenteninformatie* moeten de transparantie bevorderen. Dit zal de informatieasymmetrie tussen vraag en aanbod verminderen en zorgvragers beter in staat stellen om gebruik te maken van hun keuzemogelijkheden. Daarnaast moet er een *marktconform bekostigingssysteem* worden ingevoerd en moeten *capaciteit en prijzen worden gedereguleerd*, om de afstemming tussen vraag en aanbod meer marktconform te laten plaatsvinden. Tot slot moet *mededingingstoezicht* er voor zorgen dat er geen concurrentiebeperkende afspraken worden gemaakt (Schut, 2003).

Door deze maatregelen moeten de randvoorwaarden worden gecreëerd waarbinnen de vraag- en aanbodzijde via marktmechanismen tot afstemming kunnen komen.

3.2.3 De zorgvrager als consument

In het economische perspectief vervult de zorgvrager de rol van 'consument'. Het *consumentisme* stelt dat mensen nutsmaximalisatie nastreven. Om hun nut te maximaliseren kopen consumenten goederen op basis van een afweging van hun wensen en de middelen die hen ter beschikking staan. Om hun rol als consument op zodanige wijze te vervullen dat er daadwerkelijk sprake is van een markt equilibrium worden, in het consumentismemodel vijf factoren van belang geacht: toegang, keuzemogelijkheden, informatie, tegemoetkoming en vertegenwoordiging. Allereerst moeten consumenten daadwerkelijk toegang hebben tot de diensten en producten die worden aangeboden. Daarnaast moeten consumenten ook in staat worden gesteld om vrij te kiezen tussen verschillende producten. Om daadwerkelijk een goede keuze te maken, zodat de producten en/of diensten zo veel mogelijk voldoen aan hun wensen, moeten consumenten tot slot ook toegang hebben tot informatie (Potter, 1988).

Deze eerste drie factoren hebben in principe betrekking op een situatie van perfecte marktwerking. Het consumentisme gaat er van uit dat de keuzevrijheid van de consument centraal staat en dat de producten/diensten worden aangepast in reactie op de keuzes die consumenten maken (de exit-optie) (Pickard, 1998). De eerder besproken marktimperfecties die aanwezig zijn in de gezondheidszorg zorgen er echter voor dat aan deze factoren niet wordt voldaan in de gezondheidszorg. Zo zijn zorgvragers afhankelijk van aanbieders om hun behoeften kenbaar te maken (informatie-asymmetrie). Daardoor zijn ze niet in staat om zelf keuzes te maken. Daarnaast is de gezondheidszorg nog onvoldoende transparant voor de patiënten. Tot slot is de zorg ook niet zondermeer toegankelijk voor (potentiële) zorgvragers, doordat er sprake is van kunstmatige schaarste, met als doel een rechtvaardige verdeling van publieke middelen te waarborgen.

De laatste twee factoren (tegemoetkoming en vertegenwoordiging) hebben allereerst te maken met het feit dat consumenten in staat moeten worden gesteld om hun ongenoegen te uiten wanneer zij niet tevreden zijn over de geleverde producten en/of diensten. Daarbij moeten zij ook een tegemoetkoming kunnen krijgen (Potter, 1988). Tot slot moeten consumenten er ook op kunnen vertrouwen dat hun belangen op een juiste wijze worden vertegenwoordigd in besluitvormingsprocessen die van invloed zijn op hun eigen belangen (Potter, 1988).

‘Tegemoetkoming’ en ‘vertegenwoordiging’ gaan niet zozeer in op de exit-optie van de zorgvrager, maar gaan meer in op de voice-optie en hebben betrekking op een vorm van sociale controle. In bespreking van de exit- en voice-optie in hoofdstuk twee, was reeds naar voren gekomen dat deze twee handelingsopties elkaar niet per definitie uitsluiten, maar ook kunnen aanvullen. Consumenten kunnen er voor kiezen om zich te beklagen wanneer het product/dienst niet voldoet aan hun verwachtingen in plaats van over te stappen naar een andere aanbieder. De vertegenwoordiging van de belangen van de zorgvrager wordt belangrijker naarmate de individuele zorgvrager dit op het individuele niveau onvoldoende kan doen. Andere partijen moeten dan namens de zorgvrager als zaakwaarnemer optreden. Het principaal-agent model geeft meer inzicht in deze situatie.

Het principaal-agent model

De bestaande marktimperfecties in de gezondheidszorg leiden er (onder andere) toe dat de zorgvrager zich onvoldoende kan optreden als onafhankelijk rationele consument. Als gevolg hiervan moet de zorgvrager mede op andere partijen vertrouwen om zijn belangen te behartigen. Traditioneel zijn het de overheid, de zorgaanbieders (instellingen en professionals) en de zorgverzekeraar die optreden in het belang van de zorgvrager. Er treden echter steeds meer zaakwaarnemers tussen de zorgaanbieder en zorgvrager, zoals casemanagers, Arbo-artsen, indicatieorganen, gemeenten en werkgevers (Van der Grinten, 2000). Deze situatie kan worden omschreven als ‘sturing op de vraag’. De zaakwaarnemer stuurt namens de zorgvrager het zorgaanbod (RVZ, 1998). In principe hoeft dit niet in strijd te zijn met de uitgangspunten van marktwerking. Zolang de zaakwaarnemer maar geheel handelt in overeenstemming met de belangen van de zorgvrager en de zorgvrager ook de vrijheid heeft om zijn eigen zaakwaarnemer te kiezen. Daarnaast moet de zorgvrager ook gebruik kunnen maken van de exit-optie op het moment dat de zaakwaarnemer niet voldoet. Als dit de situatie is, dan wordt er nog steeds aan de uitgangspunten van het economische perspectief op vraagsturing voldaan. De werkelijkheid is echter weerbarstiger.

Aan de hand van de principaal-agent benadering kan de relatie tussen de zorgvrager en zijn zaakwaarnemer verder worden toegelicht. De (ruil)relatie tussen een principaal en een agent ontstaat doordat er op een markt sprake is van informatieasymmetrie. Daardoor is de slecht geïnformeerde ‘principaal’ genooddacht om een transactie aan te gaan met een goed geïnformeerde ‘agent’ (Schut, 1995). De relatie tussen de agent en de principaal wordt gekenmerkt door twee spanningsvelden: het spanningsveld van belangen en het spanningsveld van informatie. De principaal en de agent kunnen in meer of mindere mate verschillende doelen nastreven en verschillende belangen hebben. Daarnaast zijn de beide partijen niet volledig geïnformeerd over elkaar. Dit is met name voor de principaal van belang, omdat de agent namens de principaal handelt. De slecht geïnformeerde principaal kan echter niet weten of de agent goed presteert, terwijl de agent dit inzicht wel heeft. Deze situatie zorgt er voor dat er niet alleen sprake is van onvolledig geïnformeerde partijen, maar er is ook sprake van informatie-asymmetrie tussen de principaal en de agent (Hazeu, 2000). In

de principaal-agenttheorie staat de vraag centraal hoe het contract tussen beide partijen op zodanige wijze kan worden gespecificeerd dat de agent optimaal wordt gemotiveerd om in het belang van de principaal te handelen (Hazue, 2000).

In de gezondheidszorg is de hulpverlener-zorgvragerrelatie de meest tot de verbeelding sprekende principaal-agentrelatie. In deze relatie is duidelijk sprake van informatieasymmetrie. De aanwezigheid van informatieasymmetrie is een van de meest fundamentele kritiekpunten op marktwerking in de zorg. De informatieasymmetrie kan er voor zorgen dat de arts niet optreedt als een perfecte agent voor de zorgvrager. Zo kan de hulpverlener niet of onvoldoende reageren op de belangen van de patiënt wanneer hij zijn eigen opvattingen voor laat gaan op de preferenties van de zorgvrager. De arts kan ook uit onzekerheid niet als goede agent optreden door meer behandelingen en/of diagnostische tests uit te voeren dan noodzakelijk is. Hier kunnen ook opportunistische motieven achter zitten, bijvoorbeeld wanneer de hulpverlener er financieel voordeel bij heeft (fee-for-service) (Smith et al., 1997).

Principaal-agent problemen kunnen ook optreden door de dubbelrol die de zorgaanbieder heeft in de gezondheidszorg. Enerzijds moeten zorgverleners optreden als agent voor de zorgvrager door (diagnostische) informatie te leveren en behandelingen uit te voeren, maar anderzijds voldoen zij namens de zorgverzekeraar aan de zorgplicht en verwacht de zorgverzekeraar een doelmatige toepassing van de zorg (Schut, 1995).

Een andere principaal-agentrelatie die wel van belang is, is die tussen de overheid en de burger. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om de publieke belangen van de samenleving op het gebied van de gezondheidszorg (toegankelijkheid, solidariteit) te behartigen. In die zin is de overheid de agent van de burger (principaal). De overheid delegeert deze taak in toenemende mate aan de zorgverzekeraar, door de zorgverzekeraar als regisseur van de gezondheidszorg te laten optreden. De overheid is tot de conclusie gekomen dat zij niet in staat is de gezondheidszorg op een adequate manier te coördineren. Vandaar dat ze deze rol bij de zorgverzekeraar neerlegt. Daarmee is de zorgverzekeraar op zijn beurt de agent van de overheid (principaal) geworden.

In de principaal-agentrelatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde koopt de zorgverzekeraar namens zijn verzekerden zorg in bij zorgverleners. In deze relatie kunnen zich ook problemen voordoen:

- Het eerste probleem ontstaat door tegengestelde belangen. De verzekeraar heeft belang bij preventieve maatregelen (gezond gedrag) die door verzekerden worden genomen, omdat dit de behoefte aan zorg en dus de kosten vermindert. De verzekerde heeft hier echter geen belang bij, omdat hij door het afsluiten van een verzekering gedekt is tegen medische kosten.
- Het tweede probleem ontstaat door het achterhouden van informatie door de verzekerden voordat de verzekering afgesloten is. Dit kan leiden tot adverse selection (Schut, 1995).

De problemen rondom de principaal-agentrelaties in de gezondheidszorg kunnen er toe leiden dat de agenten domineren en de behoeften van de zorgvrager, ofwel de principaal, onvoldoende centraal staan. Principaal-agentproblemen die optreden kunnen worden gereduceerd door het creëren van de juiste prikkels voor de agent om te handelen in het belang van de principaal en door het verminderen van de informatiekloof tussen de principaal en de agent (Schut, 1995).

Principalen kunnen de agenten door hiërarchische aansturing meer op een lijn brengen met de eigen belangen. Een tweede strategie is de agent mee te laten delen in

winst en/of verantwoordelijkheid, waardoor de agent meer eigen belangen krijgt om te voldoen aan de belangen van de principaal (output-oriented approach). De introductie van marktwerking en de decentralisatie van verantwoordelijkheden door de overheid in het kader van de omslag richting vraaggerichte zorg, past in de tweede strategie.

Door deregulering en de introductie van gereguleerde marktwerking ontstaat er ook een meer directe principaal-agent relatie tussen de hulpverlener en de zorgvrager en tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar.

Principaal-agentproblemen kunnen tot slot ook worden uitgeschakeld door directe (betaal)relaties te creëren tussen zorgvraag en aanbod. Het persoonsgebonden budget¹ in de langdurige extramurale zorg is daarvan een goed voorbeeld. Hier is het zorgkantoor weggevallen als agent en koopt de zorgvrager zelf zijn zorg in.

3.3 Participatie perspectief

3.3.1 Introductie

Naast de exit-optie is de voice-optie geïntroduceerd als handelingsoptie voor zorgvragers om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. Het participatie perspectief heeft de voice-optie als basis. Het zorgaanbod wordt volgens dit perspectief afgestemd op de zorgvraag door communicatie en participatie van de (collectieve) zorgvrager in allerlei (besluitvorming)processen. Participatie kan enerzijds worden gezien vanuit het idee dat de gezondheidszorg een dienstensector is en de zorg tot stand komt in samenspel tussen vraag en aanbod. Anderzijds kan participatie worden beschouwd vanuit het idee dat de gezondheidszorg een publiek domein is. Waar het economische perspectief zich richt op het nastreven van individuele belangen, richt het participatie perspectief zich op burgerschap en medeverantwoordelijkheid van de zorgvrager.

In de publieke sector is sprake van een groeiende spanning tussen collectieve en individuele belangen. In toenemende mate wordt er gesproken van gedeelde verantwoordelijkheid. Niet alleen tussen overheid en private uitvoeringsorganisaties, maar ook tussen overheid en de burger, collectief (civil society) of individueel (burgerschap) (Giddens In: Van der Veen, 2000).

3.3.2 De Nederlandse gezondheidszorg als publiek domein

De gezondheidszorg is grotendeels een publieke sector. Door de inzet van publieke middelen wordt zorg van een goede kwaliteit nagestreefd dat toegankelijk is voor de gehele bevolking. Betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de zorgvrager wordt daarbij noodzakelijk geacht (Grit & Dolfsma, 2002). Daarmee komen twee elementen van de gezondheidszorg samen. Enerzijds is burgerlijke betrokkenheid noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg te garanderen. De gezondheidszorg is een dienstverlenende sector wat betekent dat de zorgvrager in samenspel met de hulpverlener de zorg tot stand brengt. Door maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, zoals besproken in hoofdstuk twee, willen individuen meer betrokken worden bij besluitvorming rondom dienstverlening. Ze zijn niet langer alleen consument, maar nemen in toenemende mate ook de rol van co-producent op zich (RMO, 2000). Met name in de chronische zorg wordt hier veel aandacht aan geschonken, in termen van 'volwaardig burgerschap'. Volwaardig burgerschap staat voor een streven naar een volwaardige maatschappelijke participatie met een ziekte of functiebeperking, waarbij burgers met een beperking de optimale mogelijkheden genieten om aan de

samenleving deel te nemen en hieraan mede richting en invulling te geven via verschillende vormen van (democratische) participatie (Nederland, Duyvendak & Brugman, 2003).

Anderzijds dienen de publieke doelstellingen gewaarborgd worden en daartoe heeft de burger ook een verantwoordelijkheid. Het begrip ‘burgerschap’ geeft invulling aan die verantwoordelijkheid. Individuele burgers moeten rekenschap geven van hun verantwoordelijkheid voor het publieke belang. Dit zal leiden tot een evenwicht tussen individuele belangen en collectieve belangen. Daarbij moeten burgers niet alleen zelf verantwoordelijkheid nemen, maar ook anderen ter verantwoording roepen (Van der Laan, 2002; RMO, 2000). Bij de bespreking van burgerschap kan een onderscheid gemaakt worden tussen passief en actief burgerschap. ‘Passief burgerschap’ legt de nadruk op privacy en het belang van individuele meningen. ‘Actief burgerschap’ betekent dat de burger zowel rechten als plichten heeft: het recht om gehoord te worden, keuzes te maken en invloed uit te oefenen op dienstverlening en de verplichting om betrokken te zijn bij de processen die opgezet zijn om de rechten te waarborgen (Pickard, 1998).

Vanaf het begin van de jaren tachtig, waarin de verzorgingsstaat in een crisis terechtkwam is de aandacht verschoven van het passieve burgerschap richting actief burgerschap. Er ontstond een herwaardering van waarden als zelfredzaamheid en sociale participatie (Van den Brink, 2002).

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) neemt deze twee kanten van burgerlijke participatie uiteindelijk samen in het begrip ‘verantwoordelijkheidsbesef van de individuele burger’. Individueel verantwoordelijkheidsbesef benadrukt niet alleen de eigenheid en integriteit van het individu, maar wijst ook op de betrokkenheid van de burger bij de publieke zaak. De RMO wijst daarbij ook op een potentiële spanning tussen de onderliggende maatschappelijke waarden van zelfredzaamheid en maatschappelijke betrokkenheid. Enerzijds kan zelfredzaamheid leiden tot een afname van maatschappelijke betrokkenheid wat kan leiden tot negatieve gevolgen, zoals ‘free-riding’ gedrag. Anderzijds kan een te grote nadruk op maatschappelijke betrokkenheid leiden tot een verwaarlozing van de individuele rechten (RMO, 2000:12).

Publieke betrokkenheid

Bij de participatie van burgers in de gezondheidszorg kan onderscheid worden gemaakt tussen patiëntenbetrokkenheid en publieke betrokkenheid. Publieke betrokkenheid wordt gereserveerd voor meer algemene besluitvorming op regionaal of nationaal niveau over de gezondheidszorg, zoals de prioritering van diensten voor publieke financiering. Patiënten- worden niet representatief genoeg geacht om betrokken te zijn bij besluitvorming op een meer algemeen niveau. Patiëntenbetrokkenheid blijft gereserveerd voor besluitvorming rondom de zorg die betrekking heeft op de verschillende patiëntengroepen in de veronderstelling dat patiënten- meer deskundigheid hebben op dat gebied dan de gemiddelde burger (Lomas, 1997; Florin & Dixon, 2004; North & Werkö, 2002).

Er zijn verschillende argumenten voor publieke betrokkenheid:

- Allereerst is er sprake van een toenemende druk op de (financiële) houdbaarheid van de gezondheidszorg als publieke sector. De overheid en de private partners proberen de betrokkenheid van de burgers bij de moeilijke besluitvorming rondom prioritering te vergroten (Lomas, 1997). Was vroeger de doelstelling het bieden van bescherming nu gaan meer economische principes overheersen. Voorwaarde daarbij is een actieve civil society: sociale relaties die gekenmerkt worden door wederzijds respect, autonomie en erkenning van

rechten en plichten wederzijds, op reciprociteit. Overheidsinterinterventies zullen altijd samen gaan met verantwoordelijkheden voor maatschappelijke organisaties (civil society) en individuen. De taak van de overheid hierbij is het aanreiken van middelen en mogelijkheden die zelfstandigheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid bevorderen (Giddens In: Van der Veen, 2000:27).

- Publieke betrokkenheid zou leiden tot een meer democratische besluitvorming en daarom meer legitimiteit voor de genomen besluiten (Florin & Dixon, 2004). Er is sprake van een kanteling van verantwoordingsprocessen waarbij zorgaanbieders en verzekeraars in afnemende mate richting de overheid verantwoording moeten afleggen over hun activiteiten, maar in toenemende mate richting hun zorgpartners en afnemers (de patiënt) hun keuzes moeten verantwoorden (horizontale verantwoording) (North & Werkö, 2002; Rowe & Shepherd, 2002).
- Daarnaast wordt aangegeven dat er sprake is van een intrinsieke motivatie om het publiek te betrekken bij besluitvorming rondom de gezondheidszorg. Aan deze besluitvorming zitten vaak veel ethische aspecten en door publieke besluitvorming kan worden gewaarborgd dat de beslissingen de huidige maatschappelijke opvattingen reflecteren.
- Tot slot zal publieke betrokkenheid zorgen voor een betere afstemming van het zorgaanbod op de wensen en behoeften van de zorgvragers. Dit zal leiden tot een betere kwaliteit van zorg en uiteindelijk een betere gezondheid (Florin & Dixon, 2004).

Een belangrijk aspect en tevens potentiële beperking van publieke betrokkenheid is de *representativiteit* van de vertegenwoordigers die daadwerkelijk participeren in het besluitvormingsproces. Allereerst de vraag wie betrokken moeten worden bij besluitvorming: patiënten, verzekeren, belastingbetalers of de gemiddelde burger? In iedere rol heeft men andere belangen en daarom zal de definiëring van 'het publiek' zeker invloed hebben op de input die men ontvangt (Lomas, 1997). Daarnaast is er de kwestie van deskundigheid, beschikbare tijd en de bereidheid van burgers om te participeren (Rowe & Shepherd, 2002).

Naast de keuze voor de doelgroep is ook de wijze van representatie van belang voor de legitimiteit van de publieke betrokkenheid. Hoe representatief zijn de daadwerkelijk betrokken personen en hoe koppelen zij terug naar hun achterban (Pickard, 1998)?

Uiteindelijk blijkt er ook sprake te zijn van terughoudendheid bij de traditionele besturende partijen wat betreft de publieke betrokkenheid (North & Werkö, 2002; Rowe & Shepherd, 2002). North en Werkö (2002) wijzen op de toenemende complexiteit van de te nemen besluiten, door een groeiende vraag en beperkte middelen. Door meer mensen uit te nodigen in het besluitvormingsproces neemt het risico van conflict of padstelling toe. Daarom wordt er veelal gekozen voor publieke consultatie in plaats van daadwerkelijke betrokkenheid bij de besluitvorming.

3.3.3 De zorgvrager als participant

Op verschillende niveaus en op verschillende wijzen kan vorm worden gegeven aan burgerlijke betrokkenheid.

Op individueel niveau kunnen zorgvragers vormgeven aan hun voice-optie op de volgende manieren:

- Interactie aangaan, communiceren met hulpverleners, instellingen en dergelijke;

- Formeel indienen van klachten;
- Individuele invloed op collectief niveau via bestuurlijke participatie, doorspelen van informatie en dergelijke (NRV, 1995).

Het zorginhoudelijke perspectief gaat met name over patiëntbetrokkenheid op dit individuele niveau. De participatieladder van Arnstein (1969) vormt een overzicht van verschillende vormen van betrokkenheid op collectief niveau. De ladder bestaat uit acht treden die hiërarchie aanbrengen in de verschillende vormen van betrokkenheid: 'Manipulation', 'therapy', 'informing', 'consultation', 'placation', 'partnership', 'delegated power' en 'citizen control'.

De eerste twee treden zijn volgens Arnstein (1969) vormen van non-participatie en hebben meer betrekking op het beïnvloeden van de burger (sturing van de vraag). Informeren, consulteren en tevreden stellen, worden door Arnstein bestempeld als 'tokenism'. Er is ruimte voor burgers om informatie te krijgen en gehoord te worden, maar de uiteindelijke beslissingsmacht ligt nog geheel bij de traditionele partijen (vraaggerichtheid). Partnerschap, gedelegeerde beslissingsmacht en daadwerkelijke controle zijn uiteindelijk de treden waarop de burger daadwerkelijk invloed heeft. Deze laatste treden vormen gradaties van 'sturing door de vraag'.

North en Werkö (2002) passen deze ladder aan door te stellen dat het geven van informatie geen vorm van participatie is. In feite geeft Arnstein dat zelf ook al aan door aan te geven dat het slechts een manier is om gehoord te worden. Toch kan informeren op indirecte wijze wel invloed uitoefenen op het zorgaanbod (vraaggerichte zorg). (collectieve) zorgvragers kunnen op verschillende manieren informeren:

- Informatie aggregeren en ontsluiten; met name ook informatie vanuit individuele patiënten/consumentenperspectief;
- Entameren en organiseren van onderzoek vanuit het patiënten/consumentenperspectief;
- Verzorgen van objectieve voorlichting gericht op publiekgroepen en maatschappelijke organisaties, mede op basis van kennis die voortkomt uit het bovenstaande;
- Klachtenopvang; signalering van knelpunten (NRV, 1995).

North en Werkö (2002) geven ook aan dat bij consultatie en partnerschap onderscheid moet worden gemaakt tussen institutionele en informele regelingen ofwel in welke mate de 'traditionele' partijen aangesproken kunnen worden op de betrokkenheid van burgers. Op informele wijze kan de zorgvragers op de volgende manieren invloed uitoefenen:

- Via informatie-uitwisseling en belangenbehartiging betrokken zijn bij (politieke) besluitvorming over regelgeving en het scheppen van randvoorwaarden;
- Contact met aanbieders, verzekeraars en andere marktpartijen in de zorg: advies, overleg, samenwerkingsafspraken, kritisch volgen.

Op formele wijze staan de volgende mogelijkheden onder andere ter beschikking:

- Formele afspraken tussen marktpartijen met betrekking tot consumenten-gerichtheid en consumenteninvloed (zelfregulering). Bijvoorbeeld raamovereenkomsten of modelregelingen tussen (koepel)organisaties;
- Formeel gereguleerde participatie/medezeggenschap (via wet- en regelgeving) kan zich voordoen in vele settings en varianten. Ten aanzien van het niveau van bevoegdheden wordt doorgaans onderscheiden:
 - Consultatie/advisering in oplopende modaliteit: ongevraagd, gevraagd, bindend.

- Instemming/veto: bevoegdheid om een voorgenomen besluit te onder schrijven of te blokkeren, in diverse gradaties;
- Medebeslissing; de mate van invloed kan variëren van minderheids-standpunten, via medeverantwoordelijkheid naar finale zeggenschap (NRV, 1995).²

Deze laatste drie vormen, zoals onderscheiden door de voormalige Nationale raad voor de Volksgezondheid, vertonen sterke overeenkomsten met de drie treden van de participatieladder: consultatie, partnerschap en gedelegeerde macht.

De laatste trede, citizen power, kan worden omschreven als zelfbestuur waarbij de burgers zelf over hun situatie mogen beslissen (Jansen, 2002).

North en Werkö (2002) geven tot slot aan dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen degene die daadwerkelijk bijdragen aan een bepaalde beslissing of proces en degene die er alleen zijn om het bewustzijn van andere actoren te vergroten. De eerste vijf treden zijn met name bedoeld om het bewustzijn te vergroten, door wederzijds informeren en door regelmatig te communiceren worden de traditionele partijen zich bewust van de wensen en behoeften van de zorgvrager.

3.4 Zorginhoudelijk perspectief

3.4.1 Introductie

Dit laatste perspectief, gaat met name in op de zorgrelatie zoals die bestaat tussen zorgaanbieder en zorgvrager. In hoofdstuk twee is de aard van de vraag naar zorg besproken en daar is vastgesteld dat de uiteindelijke vraag die het aanbod zal sturen een samenspel zal zijn tussen needs, wants en demands. Daarbij gaat vraagsturing met name over de afstemming tussen de medische geïndiceerde behoeften (needs) die vertegenwoordigd worden door de professional en de wensen en de (subjectieve) behoeften van de vrager (wants en demands). Door de maatschappelijke ontwikkelingen die al eerder uitgebreid aan de orde zijn gekomen verandert de relatie zoals die bestaat tussen de zorgvrager en de zorgverlener. Er moet een nieuw evenwicht worden gecreëerd tussen de professionele autonomie van de zorgverlener en de persoonlijke autonomie van de zorgvrager die recht doet aan de huidige maatschappelijke normen en waarden van zelfbeschikking en maatschappelijke betrokkenheid.

3.4.2 Hulpverlener-zorgvragerrelatie

In de wijze waarop de hulpverlener-zorgvragerrelatie vorm krijgt kunnen vier modellen worden onderscheiden. Het paternalistische model, het 'professional-as agent model', het 'shared decision-making model' en tot slot het 'informed decision model'. Deze modellen variëren met name wat betreft de controle over informatie en de controle over de besluitvorming:

Het 'paternalistische model': de arts handelt naar beste weten en beslist (voor de patiënt); hij houdt daarbij niet altijd rekening met de voorkeuren van de patiënt.

Het 'professional as agent model': alleen de patiënt kent zijn voorkeuren. De arts moet daarom de patiënt vragen stellen om zijn voorkeuren te leren kennen. De arts beslist uiteindelijk voor de patiënt over de verschillende behandelingsmogelijkheden.

Het 'shared decision-making model': alle beslissingen over diagnose en behandeling worden door arts en patiënt samen genomen.

Het 'informed decision model': alleen de patiënt kent zijn voorkeuren. Het is de

taak van de arts om de patiënt van relevante informatie te voorzien, zodat de patiënt een beslissing kan nemen, waarna de arts de gewenste interventie onderneemt. In dit model is de patiënt een soevereine klant en verleent de arts diensten (Charles, Gafni & Whelan, 1997; Van Rijen & Van der Kraan, 2005).

Voorheen kon de hulpverlener-patiëntrelatie het best worden omschreven aan de hand van het paternalistische model, maar in toenemende mate ontwikkeld de hulpverleningsrelatie zich tot een professional-agent model en/of zelfs een shared decision-making model. Deze modellen vertonen wel kenmerken van het economische perspectief (principaal-agent model) en het participatie perspectief (partnerschap), maar dit wordt geplaatst binnen de specifieke context van de zorgverleningsrelatie.

Stüssgen (1997) omschrijft deze ontwikkeling als een verandering van een bevelshuishouding naar een onderhandelingshuishouding. De zorgvrager bevindt zich niet langer in een ondergeschikte positie ten opzichte van de zorgverlener, maar kan zelf meer richting geven aan het zorgverleningsproces. De hulpverlener moet de zorgverlener die ruimte bieden en hem ondersteunen (Stüssgen, 1997; Schakenraad et al., 1998; Lelie, 2000).

De (maatschappelijke) veranderingen hebben hun weerslag op de autonomieverdeling tussen zorgvrager en hulpverlener. De hulpverlener en de specialist in het bijzonder heeft altijd een sterke positie gehad in de gezondheidszorg. Omdat er door de samenleving een grote waarde wordt gehecht aan gezondheid en omdat de specialisten altijd een grote rol hebben gespeeld in het behouden en (her)krijgen van gezondheid, wordt het professionalisme van de medische specialist geaccepteerd (Van Oorschot et al., 1995:27). Een belangrijk aspect van de rol van de professional is zijn professionele autonomie, ofwel zijn vrije beslissingsruimte. In het paternalistische model werd verondersteld dat professionele autonomie voor de arts noodzakelijk is om als perfecte agent van de patiënt op te treden. Dit kan worden gezien als een positieve visie op autonomie. Door ontwikkelingen zoals vraagsturing komt de acceptatie van professionele autonomie ter discussie te staan (Ten Have, 2000). Daarmee komt de meer negatieve visie van autonomie op de voorgrond die aangeeft dat autonomie een instrument is om macht te verkrijgen, waardoor de specialist de vrijheid krijgt om naar eigen beoordeling zorg te verlenen en hun eigen professe naar eigen inzicht te beschermen (Dupuis, 2000; Goodyear-Smith & Buetow, 2001).

Vraagsturing benadrukt de autonomie van de patiënt. In de huidige geïndividualiseerde samenleving staat autonomie hoog in het vaandel. Mensen willen hun eigen lot in handen nemen, hun eigen keuzes maken en zelf richting geven aan hun bestaan. Dit wordt ook in toenemende mate van hen verwacht (Stüssgen, 1997; Lelie, 2000). De vraag is in hoeverre de professionele autonomie moet inboeten voor de autonomie van de zorgvrager. In het shared decision-making model wordt eerder gesproken van een partnership waarin elke betrokken partij zijn verantwoordelijkheid neemt. Vertrouwen blijft een belangrijk aspect in de zorgrelatie en een verzakelijking van deze relatie wordt schadelijk geacht (Zwart, 1997; Van der Laan, 2002). Deze uitspraak beperkt het zorginhoudelijke perspectief voor een groot deel tot het niveau van de arts-patiëntrelatie, maar de implementatie van het shared decision-making model vraagt ook de nodige randvoorwaarden op hogere beleidsniveaus. Doordat professionele autonomie voor een groot deel bijdraagt aan de vertrouwelijke relatie tussen zorgvrager en professional kan de rol van de specialist niet worden teruggedrongen in een rol van zorgaanbieder, waarbij het management van de organisatie vaststelt hoe producten worden aangeboden, om op die manier op een klantvriendelijke wijze zorg te verlenen (Van der Laan, 2002). De afstemming tussen professionele autonomie en de autonomie van de zorgvrager, ofwel de afstemming tussen professionele standaard-

den en subjectieve behoeften, vertaalt zich daarmee ook in afwegingsprocessen op instellingsniveau.

3.4.3 De zorgvrager als partner

Het shared decision-making model vermindert de informatie- en machtsasymmetrie tussen hulpverlener en patiënt door de informatievoorziening naar de patiënt te verbeteren, en de autonomie en de controle van de zorgvrager over behandelbeslissingen te vergroten (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Daarmee vormt het shared decision-making model de kern van het zorginhoudelijke perspectief op vraagsturing. Het shared decision-making model kan aan de hand van de volgende kenmerken verder worden toegelicht:

- Er zijn minimaal twee partijen betrokken bij de relatie;
- Beide partijen delen informatie;
- Beide partijen ondernemen stappen om te komen tot consensus met betrekking tot de gewenste behandeling;
- Er wordt een overeenkomst bereikt met betrekking tot de te implementeren behandeling (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

Voor de hulpverlener worden de volgende activiteiten verwacht binnen een shared decision-making model:

- Een sfeer van vertrouwen creëren waarin de patiënt wordt gestimuleerd om actief te participeren;
- Helder maken van de preferenties van de patiënt zijn;
- Technische informatie op een heldere wijze communiceren naar de patiënt;
- Patiënten helpen in het afwegingsproces van risico's en voordelen van verschillende behandelopties;
- De patiënt moet bereid zijn om te participeren in het besluitvormingsproces. Dit betekent dat hij zijn preferenties duidelijk moet maken, vragen moet stellen en behandelalternatieven moet afwegen (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Van Wijmen (1996) omschrijft deze rol als 'goed patiëntschap' en wijst erop dat de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) ook vereist dat de zorgvrager zijn medewerking verleent.

In het verleden was er met name sprake van een paternalistische arts-patiëntrelatie vanwege informatieasymmetrie. Informatieasymmetrie is inherent aan de arts-patiëntrelatie, omdat de patiënt naar de zorgverlener gaat om informatie in te winnen. Daarbij zoekt hij twee typen informatie: diagnostische informatie en informatie over een eventuele behandeling (Hurley In: Cuyler & Newhouse, 2000).

De problemen van informatieasymmetrie worden versterkt, vanwege het feit dat patiënten vaak binnen een beperkte tijdspanne een beslissing moeten nemen, waardoor ze weinig tijd hebben om informatie in te winnen. Daarnaast bevinden patiënten zich veelal in een kwetsbare positie, waardoor ze ook beperkt zijn in hun vermogen om informatie op te nemen.

Tot slot is het ook zo dat patiënten veelal niet in staat zijn om te leren van hun ervaringen met gezondheidszorg, omdat veel behandelingen slechts eenmalig worden uitgevoerd (Hurley In: Cuyler & Newhouse, 2000).

Informatieasymmetrie tussen hulpverlener en zorgvrager neemt echter gestaag af. Zo zorgt de opkomst van ICT ervoor dat informatie sneller toegankelijk is voor de zorgvrager en dit kan leiden tot een vermindering van de informatieasymmetrie (RVZ, 2000:65). Een ander element dat bijdraagt aan de vermindering van informatieasym-

metrie en de opkomst van shared decision-making is de verschuiving van acute ziektes richting meer chronische ziekten. Patiënten zijn langduriger ziek, waardoor zij meer ervaringsdeskundigheid opdoen en meer belang krijgen bij een sterke participatie in besluitvorming, omdat de ziekte voor een langere periode deel uitmaakt van hun dagelijks leven (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

3.5 Centrale elementen van vraagsturing in de drie perspectieven

3.5.1 Introductie

De drie perspectieven die in de voorgaande paragrafen zijn besproken verschillen op het eerste gezicht duidelijk van elkaar, maar bij nadere bestudering kunnen ook overeenkomsten worden waargenomen. Zo zijn het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief sterk met elkaar verbonden doordat ze beide de voice-optie als uitgangspunt nemen. Om het economische, het participatie en het zorginhoudelijke perspectief duidelijk ten opzichte van elkaar te kunnen positioneren zullen de perspectieven in deze paragraaf worden ‘geconfronteerd’ met de centrale elementen van vraagsturing: soevereiniteit, zeggenschap, competenties van de zorgvrager, responsiviteit van de aanbodzijde en wederkerigheid.

3.5.2 Soevereiniteit

In het economische perspectief staat de keuzevrijheid van de zorgvrager centraal. In een ideale marktsituatie is er sprake van voldoende aanbod, zodat de zorgvrager, als consument, gebruik kan maken van zijn exit-optie wanneer het aanbod van een zorgaanbieder niet aan zijn behoeften en wensen voldoet. Dit zal moeten leiden tot een goede afstemming tussen vraag en aanbod.

Door het bestaan van marktimperfecties komt de soevereiniteit van de zorgconsument echter in het geding. Om deze marktimperfecties op te vangen bestaan er verschillende principaal-agentrelaties tussen de zorgvrager en andere actoren. Overheid, zorgaanbieders en verzekeraars treden als zaakwaarnemers op namens de patiënt. Zolang de zaakwaarnemer geheel handelt in het belang van de zorgvrager en de zorgvrager de vrijheid heeft om zijn eigen zaakwaarnemer te kiezen doet dit niets af aan de soevereiniteit van de zorgconsument.

Naast de exit-optie wordt er in het economische perspectief ook aandacht gevraagd voor de voice-optie als één van de factoren die voor de consument van belang zijn om zijn rol te vervullen. Hirschman gaf bij de bespreking van de exit- en voice-optie zelf ook aan dat beide opties tegelijkertijd gebruik kunnen worden door consumenten. Binnen het economische perspectief wordt de voice-optie met name gezien als mogelijkheid voor de consument om zijn ongenoegen over afgenomen producten en/of diensten te uiten.

In het participatie perspectief staat de voice-optie centraal als mogelijkheid om het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag. De voice-optie krijgt hier met name invulling door communicatie tussen zorgvrager en aanbieder en participatie van de zorgvrager in besluitvormingsprocessen.

De soevereiniteit van de zorgvrager heeft in dit perspectief met name betrekking op de eigen regie en verantwoordelijkheid die een zorgvrager heeft ten opzichte van de zorg die hij krijgt. Individuen moeten de mogelijkheid hebben om zelf vorm en inhoud te geven aan hun leven en dus ook aan de zorg die ze nodig hebben. Dit vraagt ook om een nauwe betrokkenheid van zorgvragers bij besluitvorming op hogere niveaus in het

gezondheidszorgsysteem. Tegelijkertijd wordt er naast de rechten van de zorgvrager ook gewezen op de plichten. Individuen moeten ook maatschappelijke betrokkenheid tonen (actief burgerschap).

Binnen het zorginhoudelijke perspectief gaat het wederom om communicatie met en participatie van de zorgvrager. Soevereiniteit is een belangrijk aspect in de ‘moderne’ zorgverleningrelatie. De persoonlijke autonomie van de zorgvrager wordt tegenover de professionele autonomie van de hulpverlener geplaatst. Binnen het zorginhoudelijke perspectief wordt de voice-optie van de zorgvrager geheel geplaatst binnen de behandelrelatie. Door de autonomie en de controle van de zorgvrager over behandelbeslissingen te vergroten zal het zorgaanbod beter op de wensen en behoeften van de zorgvrager afgestemd worden.

3.5.3 Zeggenschap

Wanneer het economische perspectief als uitgangspunt wordt genomen, dan komt de afstemming tussen vraag en aanbod tot stand door het marktmechanisme. Dit betekent dat er geen expliciete zeggenschapsverdeling wordt gemaakt. De zorgvrager heeft zeggenschap over de aard en hoeveelheid producten en diensten die hij consumeert en van welke aanbieder hij deze afneemt. De vraagzijde heeft een sterke invloed op de aanbodzijde door de financiële consequenties die voor de zorgaanbieder verbonden zijn aan de exit-optie van de zorgvrager. Het geld volgt de vraag. De aanbieder bepaalt echter in principe zelf welke diensten hij aanbiedt.

Bij gereguleerde marktwerking wordt het marktmechanisme ingekaderd door overheidsmaatregelen die tot doel hebben de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Hierdoor wordt de zeggenschap van de marktpartijen beperkt. De overheidsmaatregelen hebben echter ook tot doel de positie van de zorgvrager te versterken, waardoor deze beter in staat is zijn rol als (rationele) consument te vervullen.

Het zaakwaarnemerschap die door het bestaan van marktimperfecties op de gezondheidszorg wordt vervuld door verschillende actoren hoeft in principe niet tot een andere zeggenschapsverdeling te leiden, wanneer de zorgvrager als principaal dezelfde autonomie heeft ten opzichte van zijn agent, als bij een situatie van perfecte marktwerking.

De zeggenschapsverdeling in het participatie-perspectief is afhankelijk van de communicatie die plaatsvindt tussen actoren en de mogelijkheden die actoren (in het bijzonder de zorgvragers) hebben om te participeren in besluitvormingsprocessen. De participatieladder van Arnstein laat de hiërarchische indeling zien van verschillende vormen van patiëntbetrokkenheid. De hiërarchie is gebaseerd op de mate waarin patiënten invloed hebben op c.q. zeggenschap hebben over verschillende beslissingen omtrent de zorg. North en Werkö wijzen op het feit dat participatie van een actor niet per definitie betekent dat deze actor zeggenschap heeft. Zij nuanceren de participatieladder door onderscheid aan te brengen tussen formele en informele regelingen, ofwel in hoeverre de ‘traditionele’ actoren daadwerkelijk aangesproken kunnen worden op de betrokkenheid van burgers/zorgvragers, ofwel op het vergeven van zeggenschap. Daarnaast maken ze ook een onderscheid tussen daadwerkelijke bijdragen aan beslissingen van burgers en aanwezigheid om het bewustzijn van andere actoren, met daadwerkelijke zeggenschap, te vergroten.

In het zorginhoudelijke perspectief staat het ‘shared decision-making model’ centraal. In dit model geven de zorgvrager en de hulpverlener als partners vorm aan het zorgverleningsproces. De zeggenschap is dus in handen van beide actoren. Vraag-

sturing benadrukt de zeggenschap van de zorgvrager waarbij deze ook actief betrokken wil zijn bij besluitvorming rondom zijn eigen behandeling. De zorgverlener heeft daarbij een dubbelrol. Enerzijds moet de hulpverlener vanuit een professioneel perspectief invulling geven aan zijn eigen verantwoordelijkheid, maar anderzijds moet hij ook de zorgvrager in staat stellen invulling te geven aan zijn zeggenschap.

3.5.4 Competenties

De marktimperfecties in de gezondheidszorg, waar in het economische perspectief over wordt gesproken, worden mede veroorzaakt door onvoldoende competenties aan de vraagzijde om als consument op te treden. Dit heeft te maken met de onzekerheid die bestaat over het tijdstip waarop zorg nodig is en de kenmerken van die zorg. Daarnaast leidt het bestaan van de zorgverzekering er toe dat de zorgvrager geen afwegingen meer hoeft te maken tussen zijn behoeften en de (financiële) middelen die hij tot zijn beschikking heeft. Een gebrek aan transparantie zorgt er voor dat zorgvragers onvoldoende in staat zijn om een goed geïnformeerde keuze te maken tussen verschillende zorgaanbieders.

Tot slot leidt de (kunstmatige) schaarste aan de aanbodzijde er ook toe dat de keuzemogelijkheden van de zorgvrager beperkt zijn.

Het gebrek aan transparantie vormt ook een probleem bij het uitvoeren van de rol als principaal, omdat de zorgvrager onvoldoende inzicht heeft in de wijze waarop de zaakwaarnemers zijn belangen behartigen.

Binnen het participatie-perspectief wordt van de zorgvrager verwacht dat hij zich als actief burger opstelt. Hij moet verantwoordelijkheidsbesef hebben als gebruiker van collectieve middelen. Daarnaast is het van belang dat de collectieve zorgvrager voldoende representatief is als vertegenwoordiger en dat de burgers de kunde, tijd en wil hebben om daadwerkelijk te participeren.

Ook binnen het zorginhoudelijke perspectief moet de zorgvrager in staat zijn om actief betrokken te zijn bij zijn eigen behandeling. De zorgvrager moet zijn eigen wensen en behoeften kunnen omzetten in een zorgvraag. Informatie-asymmetrie kan de rolvulling in de weg staan. Daarnaast bevindt de zorgvrager zich veelal in een kwetsbare positie, door zijn aandoening. Dit beperkt de zorgvrager ook in zijn rol als co-producent.

3.5.5 Responsiviteit van de aanbodzijde

Beredeneert vanuit het economische perspectief is de responsiviteit van de aanbodzijde uitermate belangrijk om het marktmechanisme te laten functioneren. Wanneer er voldoende onderlinge concurrentie is dan zal de aanbodzijde geneigd zijn in te spelen op de wensen en behoeften van de vraagzijde. Bij de bespreking van de principaal-agentrelaties in de gezondheidszorg is naar voren gekomen dat de aanbieders van zorg ook op (kunnen) treden als zaakwaarnemer. In dat geval heeft responsiviteit betrekking op hun functioneren als agent van de vraagzijde. Informatie-asymmetrie tussen de principaal en de agent en afwijkende belangen kunnen er echter toe leiden dat de responsiviteit van de agent ten opzichte van de belangen van de principaal niet optimaal is.

Vanuit het participatie perspectief wordt het van belang geacht dat de aanbodzijde open staat voor de betrokkenheid van de zorgvrager. Er zijn verschillende argumenten genoemd voor publieke betrokkenheid, waaronder het delen van verantwoordelijk-

heid voor de houdbaarheid van de gezondheidszorg als publieke sector, legitimiteit van besluitvorming en de kwaliteitsverbetering van de zorg.

In de bespreking van het participatie perspectief is echter aangegeven dat er sprake is van terughoudendheid bij de traditionele besturende actoren om het besluitvormingsproces open te gooien. Daarbij wordt de twijfel over de representativiteit van de vertegenwoordigers als reden aangedragen. Daarnaast wordt ook de twijfel over de juiste wijze van participatie als reden voor de terughoudendheid benoemd.

Ook vanuit het zorginhoudelijke perspectief wordt het belang van de responsiviteit van de hulpverlener ten opzichte van de zorgvrager benadrukt. De paternalistische rol van de hulpverlener verandert steeds meer in een coachende en ondersteunende rol. De hulpverlener moet zijn eigen professionele deskundigheid in evenwicht brengen met de deskundigheid die de zorgvrager heeft met betrekking tot zijn eigen wensen en behoeften.

3.5.6 Wederkerigheid

Het element ‘wederkerigheid’ heeft in het economische perspectief vooral betrekking op de interactie tussen vraag en aanbod. Afstemming tussen beide partijen leidt tot een markt equilibrium waarbij voor beide partijen hun belangen zijn gewaarborgd. Er wordt echter verondersteld dat, door de aanwezigheid van marktimperfecties, vrije marktwerking niet zal leiden tot de gewenste uitkomsten, ofwel een markt equilibrium, in de gezondheidszorg.

Binnen de principaal-agentrelaties is de situatie ideaal op het moment dat de agent zijn eigen belangen kan behartigen door de belangen van de principaal na te streven.

Binnen het participatie perspectief is het element van wederkerigheid meer expliciet aanwezig. Zo wordt er naast de rechten van de zorgvrager gewezen op de plichten. De plicht om betrokken te zijn bij de organisatie en coördinatie van de zorg als publiek domein. Daarnaast wordt publieke betrokkenheid ook steeds belangrijker voor de traditioneel besturende actoren, omdat het legitimiteit en draagvlak creëert voor hun activiteiten en besluitvorming.

Vanuit het zorginhoudelijke perspectief wordt ook veel aandacht besteed aan wederkerigheid. In het ‘shared decision-making model’ zetten hulpverlener en zorgvrager zich beide in voor een goed hulpverleningsproces. Daarvoor moeten beide actoren zich actief inzetten en elkaars autonomie respecteren. De hulpverlener moet de zorgvrager ondersteunen en motiveren om actief betrokken te zijn bij behandelbeslissingen. De zorgvrager moet op zijn beurt de hulpverlener van de benodigde informatie voorzien en zich in zetten voor de gekozen behandeling.

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn drie perspectieven op vraagsturing besproken. De bespreking gaf een ideaaltypisch beeld van vraagsturing in de gezondheidszorg vanuit de drie perspectieven, maar liet ook de beperkingen en mogelijke problemen zien bij een daadwerkelijke implementatie van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg.

In het economische perspectief krijgt vraagsturing vorm door afstemming tussen vraag en aanbod via het marktmechanisme. De zorgvrager gedraagt zich als rationele consument en maakt een keuze tussen concurrerende aanbieders. Daarbij heeft

de consument volledige vrijheid om op basis van zijn wensen en behoeften en middelen een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Daarbij is ook sprake van volledige transparantie en toegankelijkheid van de markt zowel voor de aanbieders als de zorgvragers. Tevens bestaat er een directe betaalrelatie tussen vraag en aanbod. In de gezondheidszorg wordt echter verondersteld dat door allerlei marktimperfecties vrije marktwerking niet tot de gewenste resultaten zou leiden. Mede daardoor bestaan er ook allerlei principaal-agentrelaties, waarbij de belangen van de zorgvrager door overheid, verzekeraar en zorgaanbieders worden behartigd.

Het participatie perspectief benadrukt de actieve rol van de zorgvrager bij het vormgeven van zijn eigen zorgverlening, maar ook de gezondheidszorg als geheel. De zorgvrager wordt benaderd in zijn rol als actief burger, die naast rechten ook plichten heeft. De aanbodzijde moet zich ook meer richting de vraagzijde verantwoorden. Om vorm te geven aan de verantwoordelijkheden van alle betrokken actoren, wordt de betrokkenheid van zorgvragers door communicatie en participatie in besluitvorming noodzakelijk geacht. De participatie kan op verschillende manieren en in oplopende betrokkenheid vorm krijgen.

Het zorginhoudelijke perspectief richt zich met name op de hulpverleningsrelatie. Daarbij worden de volgende voorwaarden geformuleerd: 1) Er zijn minimaal twee partijen betrokken bij de relatie; 2) Beide partijen delen informatie; 3) Beide partijen ondernemen stappen om te komen tot consensus met betrekking tot de gewenste behandeling; 4) Er wordt een overeenkomst bereikt met betrekking tot de te implementeren behandeling. Binnen het shared decision-making model moet er tot slot een afstemming plaatsvinden tussen de professionele autonomie van de hulpverlener en de persoonlijke autonomie van de zorgvrager.

De centrale elementen van vraagsturing (soevereiniteit, zeggenschap, vaardigheden van de zorgvrager, responsiviteit van de aanbodzijde, wederkerigheid) worden op verschillende manieren ingevuld bij de drie perspectieven. Het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief vertonen de meeste overeenkomsten. Het zorginhoudelijke perspectief richt zich echter voornamelijk op het zorgverleningsproces, terwijl het participatie perspectief zich richt op de betrokkenheid van de zorgvragers op alle processen, op alle niveaus binnen de gezondheidszorg.

Met name bij de elementen 'soevereiniteit', 'zeggenschap' en 'vaardigheden van de zorgvrager' bespreken alle perspectieven de beperkingen en mogelijke problemen. Bij de bespreking van het economische perspectief komt ook naar voren dat vrije marktwerking niet gewenst wordt geacht in de gezondheidszorg door het bestaan van marktimperfecties. Daarom wordt ook gesproken over gereguleerde marktwerking. Bij de bespreking van het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief komt ook de terughoudendheid van de aanbodzijde aan de orde om bestaande besluitvormingsprocessen op te breken, zodat de zorgvrager toegang krijgt.

Uiteindelijk kunnen de drie perspectieven als volgt worden samengevat (Tabel 3.1):

Tabel 3.1

	<i>Economische perspectief/ Gereguleerd economische perspectief</i>	<i>Participatie perspectief</i>	<i>Zorginhoudelijke perspectief</i>
<i>Soevereiniteit</i>	Exit-optie	Voice-optie	Zelfbeschikking
<i>Zeggenschapsverdeling</i>	Consument/ consument & zorgverzekeraar	Alle partijen	Patiënt en professional
<i>Competentie van de zorgvrager</i>	Keuzemogelijkheid; rationaliteit	Actief burgerschap	Bereidheid tot participatie, informeren, besluitvorming
<i>Responsiviteit van de aanbodzijde</i>	O.b.v. concurrentie/ als zaakwaarnemer	O.b.v. verantwoording/ legitimiteit	Vertrouwen creëren, informeren en ondersteunen
<i>Wederkerigheid</i>	Markt equilibrium/ principaal-agentrelatie	Wederzijds verantwoordelijkheid	Shared decision making

De perspectieven op vraagsturing zijn gebaseerd op een aantal aannames over de zorg, net als de mogelijke beperkingen en problemen die zijn besproken. Hieruit kunnen een aantal factoren worden gedestilleerd die (mogelijk) van invloed kunnen zijn op de vormgeving van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg en die daarom moeten worden meegenomen in het empirisch onderzoek. Deze factoren hebben betrekking op de kenmerken van de aanbieders in de gezondheidszorg, wat naar voren komt in de bespreking van de responsiviteit van de aanbieders. De kenmerken van de gezondheidszorg als dienst hebben ook invloed. Dit komt met name in het zorginhoudelijke perspectief naar voren.

Daarnaast vormen de bestaande formele en informele verhoudingen tussen de verschillende actoren in de Nederlandse gezondheidszorg een belangrijke factor. Dit komt enerzijds naar voren in de bespreking van de marktimperfecties binnen het economische perspectief, maar ook bij de elementen ‘zeggenschapsverdeling’ en ‘wederkerigheid’.

In het volgende hoofdstuk zullen deze factoren nader worden ingevuld.

Voetnoten

¹ In hoofdstuk twee is het persoonsgebonden budget besproken als economisch instrument.

² Dit is een bewerking van de originele opsomming zoals gepresenteerd door de NRV (1995)

4 Beïnvloedende factoren

4.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is naar voren gekomen dat vraagsturing op verschillende manieren en op verschillende niveaus vorm kan krijgen in de Nederlandse gezondheidszorg. De drie perspectieven op vraagsturing die in hoofdstuk drie zijn beschreven maken dit inzichtelijk. De wijze waarop vraagsturing daadwerkelijk vorm krijgt en/of kan krijgen wordt door allerlei factoren beïnvloed. De bespreking van de randvoorwaarden, de (veronderstelde) beperkingen van en de (mogelijke) problemen bij vraagsturing laat zien dat de uiteindelijke betekenis van vraagsturing mede gevormd wordt door de context waarin het begrip wordt geïmplementeerd, de Nederlandse gezondheidszorg.

In dit hoofdstuk worden de factoren besproken die (potentieel) van invloed zijn op de betekenis en vormgeving van vraagsturing. De verschillende definities en gerelateerde termen positioneren het focuspunt van vraagsturing uiteindelijk binnen het primaire proces van de zorg: het hulpverleningsproces. Daarbij gaat het over de inhoud van de zorg, zoals afgeleid van de zorgvraag, en de wijze waarop de zorg wordt geleverd. Het zorgverleningsproces vindt plaats binnen de organisatorische context van de hulpverlenende organisatie. Vraagsturing is echter niet alleen een zaak tussen vraag en aanbod, maar krijgt vorm in een complex geheel van (wederzijdse) afhankelijkheidsrelaties tussen verschillende actoren. Op verschillende niveaus zijn verschillende (externe) actoren betrokken bij de vormgeving van de Nederlandse gezondheidszorg. Vraagsturing krijgt dus uiteindelijk betekenis en vorm door een verzameling actoren, waarvan het handelen wordt beïnvloed door de context waarin zij zich bevinden. In hoofdstuk één is aangegeven dat de waarnemingseenheden in dit onderzoek vooral samengestelde actoren, ofwel organisaties zijn. De contingentiebenadering richt zich op de relaties tussen organisaties en hun context en daarom zal deze benadering als uitgangspunt dienen. De contingentiebenadering onderkent de afhankelijkheid van organisaties van de context waarin ze zich bevinden. Organisaties worden volgens deze benadering beïnvloed door verschillende situationele omstandigheden, ofwel contingentie factoren (Donaldson, 1995). Binnen de contingentiebenadering kunnen de auteurs grofweg worden ingedeeld in twee groepen. De ene groep ziet de karakteristieken van de technologie, ofwel het primaire proces, als dominante contingentie factor en de tweede groep beschouwt de omgeving van de organisatie als dominante factor (Shepard & Hougland, 1978).

In dit hoofdstuk zal het theoretische kader van beïnvloedende factoren verder uitgewerkt worden, waarbij de kenmerken van het primaire proces en de omgeving van de zorgorganisaties, zoals onderscheiden in de contingentiebenadering, als uitgangspunt zullen dienen.

4.2 Kenmerken van het primaire proces

4.2.1 Introductie

De relatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener staat centraal in de gezondheidszorg. Het is binnen deze relatie waar de zorgvraag wordt geformuleerd, het behandelplan wordt opgesteld en de zorgverlening plaatsvindt. Daarmee vormt de

hulpverlener-zorgvragerrelatie het productieproces van de gezondheidszorg. Het is ook binnen deze relatie waar vraag en aanbod uiteindelijk op elkaar worden afgestemd en vraagsturing dus uiteindelijk betekenis krijgt. Het primaire (productie)proces vormt de kern van de organisatie. Organisaties trekken 'grondstoffen' aan en deze worden in het primaire proces getransformeerd in diensten en/of producten (Dawson, 1996:53). Om deze transformatie tot stand te brengen worden materialen, processen, kennis, vaardigheden en mankracht ingezet die samengevat worden in de term technologie (Dawson, 1996:54).

In de contingentiebenadering richt een belangrijke stroming zich op de invloed van technologie op de (effectiviteit van de) organisatie. De toonaangevende auteurs in deze stroming zijn Woodward (1965), Thompson (1967) en Perrow (1967).

4.2.2 Invloed van technologie op de organisatiestructuur

Woodward deelt organisaties in op basis van de omvang en complexiteit van het productieproces en komt tot de volgende indeling:

- The small-batch or unit-production system;
- Large-batch or mass-production organization;
- The organization that utilizes continuous production (Hall, 1982).

Uiteindelijk concludeert Woodward dat de kenmerken van het primaire proces, met name de complexiteit van het productieproces, de managementstructuur binnen een organisatie beïnvloeden (Likert et al., 1999).

Mintzberg (1981; 1983) laat dit ook zien in zijn organisatietypologieën, waarbij de productietechnologie een van de bepalende factoren is. Hierbij gaat het om de standaardisatie van werkprocessen. In de professionele organisatie is de werkvloer het dominante onderdeel van de organisatie. De kennis en vaardigheden die nodig zijn om het productieproces goed te laten verlopen, zijn in handen van de professionals die daardoor een sterke positie hebben. In de machinebureaucratie daarentegen is weinig sprake van specialisatie en is de organisatie sterk geformaliseerd.

Het Nederlandse ziekenhuis laat zich kenmerken door een professionele bureaucratie-structuur. Binnen het ziekenhuis nemen de medisch specialisten, als onderdeel van de werkvloer, een dominante positie in. Daarbij laat de organisatie zich kenmerken door twee coördinatiemechanismen. Bij het werk van de medisch specialisten is sprake van een sterke standaardisatie van de werkzaamheden. Het deel van de organisatie, dat ondersteunend is aan het primaire proces wordt hiërarchisch aangestuurd, vandaar de naam: professionele bureaucratie. De relatie tussen de medische specialisten en het management is altijd een spanningsveld geweest. Met de veranderende sturingsvisies in de gezondheidszorg wordt de integratie van de medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie van toenemend belang geacht (Scholten & Van der Grinten, 2002). Daarnaast gaan ziekenhuizen zich ook veel meer oriënteren op hun rol in het gehele gezondheidszorgsysteem. Zo vindt er een grote kantelingbeweging plaats waarbij niet langer de verschillende aanwezige specialisten de basis vormen voor de organisatie van de zorg, maar de geleverde zorgprocessen. De ziekenhuizen kantelen daarbij richting een divisiestructuur. Mintzberg omschrijft een divisiestructuur als een organisatie waarbij de standaardisatie van output, ofwel de uitkomst van het productieproces, centraal staat.

Andere zorgaanbieders zijn meer hiërarchisch georganiseerd, mede omdat de werkvloer bestaat uit hulpverleners met minder professionele autonomie. De opbouw van de organisatie, bijvoorbeeld de aanwezigheid van middenmanagement, hangt daarnaast ook af van de omvang van de organisatie.

In de extramurale gezondheidszorg zijn ook veel zelfstandige professionals werkzaam, zoals huisartsen en fysiotherapeuten. De laatste jaren ontstaan er in de extramurale zorg echter steeds meer groepspraktijken en zorgcentra waar verschillende professionals samenwerken. De zelfstandige beroepsbeoefenaren hebben zich ook veelal georganiseerd in verenigingsstructuren op regionaal en landelijk niveau, zoals de landelijke huisartsenvereniging.

Er ontstaan ook steeds meer private initiatieven in de gezondheidszorg, zoals privé-klinieken, Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en particuliere thuiszorginstellingen zonder AWBZ-erkenning. Zelfstandige behandelcentra zijn "organisatorische verbanden die geen deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis. De behandelcentra verlenen wel medisch-specialistische zorg, waarop krachtens de ziekenfondswet aanspraak bestaat" (Boot & Knapen, 2005:129). Deze private initiatieven kunnen veelal worden omschreven als ondernemende organisaties. Ze hebben een eenvoudige organisatiestructuur. De coördinatie vindt plaats door topdown aansturing en er is weinig specialisatie en formalisatie (Mintzberg, 1981).

4.2.3 De zorgvraag als onderdeel van het primaire proces

Thompson (1967) baseert zijn indeling van typen technologieën op de onderlinge afhankelijkheid tussen de verschillende onderdelen van het productieproces (Likert et al. 1999):

- The long-linked technology (seriële afhankelijkheid, ofwel de assemblage-band);
- The mediating technology (pooled-afhankelijkheid). Units zijn met elkaar verbonden door afhankelijkheid van dezelfde hulpbron;
- The intensive technology ("In which a variety of techniques is drawn upon in order to achieve a change in some specific object, but the selection, combination, and order of application are determined by feedback from the object itself") (Hall, 1982).

Bij 'the intensive technology' wordt de inzet van technologie bepaald door het object van het primaire proces. Perrow richt zijn aandacht ook op de input, de materialen die het primaire proces ingaan. Dit zijn niet alleen materialen, maar ook personen. De mate waarin er sprake is van uitzonderlijke gevallen in de input (raw materials), ofwel de mate van onzekerheid, is volgens Perrow bepalend voor de wijze waarop de organisatie is gestructureerd en opereert. Hoe meer onzekerheid, hoe minder standaardisatie mogelijk is (Hall, 1982; Likert et al., 1999). Twee variabelen zijn daarbij van belang: het aantal uitzonderingen in het 'ruwe materiaal' en de manier waarop de organisatie omgaat met de uitzonderingen (Perrow, 1967).

De Nederlandse gezondheidszorg is een dienstverlenende sector. Dit betekent dat het geleverde product tot stand komt in interactie tussen een zorgvrager en een zorgaanbieder. Het product dat tot stand komt is afhankelijk van de kenmerken van de betrokken actoren (de zorgvrager en de aanbieder) en de vraag die de zorgvrager heeft. De gezondheidszorg is dan ook verre van een homogeen product. Er bestaan verschillende indelingen om de gezondheidszorg als sector te beschrijven. Zo is het onderscheid tussen het eerste, tweede en derde compartiment een veel gehanteerde indeling die gebaseerd is op de wijze van financiering c.q. verzekeringsvorm. Een andere indeling is echelonnering. Dit is een hiërarchische en strikte indeling op basis van specialisatie en intensiteit van zorg (Boot & Knapen, 2001) en heeft daarmee een directe relatie met de technologische kenmerken van het gezondheidszorgproces.

De eerste echelon is niet-gespecialiseerde, algemene zorg die vrij toegankelijk is en extramuraal/ambulant wordt geleverd aan de zorgvrager. Huisartsenzorg is een voorbeeld van zorg in de eerste echelon. In de tweede echelon wordt specialistische zorg geleverd die alleen toegankelijk is na verwijzing. Hierbij moet men denken aan ziekenhuiszorg of verpleeghuiszorg. Basisgezondheidszorgdiensten vormen een derde echelon (Boot & Knapen, 2001:109-110). Een ander onderscheid dat wordt gemaakt is dat tussen care en cure. Cure is zorg die gericht is op genezing en care is zorg gericht op het verzorgen en bestrijden van de negatieve gevolgen van een ziekte en/of aandoening. Onder cure horen activiteiten als medische zorg en revalidatie, veelal wat korter van aard. Care bestaat uit verpleging, begeleiding en ondersteuning en is veelal langduriger van aard. Curatieve zorg wordt veelal geleverd door medici en paramedici, terwijl care met name wordt geleverd door verpleegkundigen en verzorgenden. Lange tijd is de cure-sector het domein van specialisten geweest. Door (medisch)technologische vooruitgang zijn er de afgelopen jaren echter ook nieuwe beroepen ontstaan, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen (RVZ, 2001). Met name de curatieve zorg in de tweede echelon is sterk gespecialiseerde zorg en technologisch meer complex van aard dan de care-zorg. Medische technologie is een belangrijk onderdeel van het zorgverleningsproces. In de bespreking van 'the intensive technology', zoals onderscheiden door Thompson (In: Hall, 1982), wordt ziekenhuiszorg ook gebruikt als illustratie.

Uiteindelijk is het de zorgvraag van de patiënt die bepaalt op welke manier de in de organisatie aanwezige kennis, expertise en technologie worden ingezet. In hoofdstuk één is verwezen naar een indeling van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2000:70) waarbij zorgdeelmarkten getypeerd zijn naar de aard van de stoornis of de ziekte. Deze indeling is in hoofdstuk één verder uitgewerkt door ook onderscheid te maken tussen somatische en psychisch/verstandelijke aandoeningen en door 'chronisch verlopende ziekte' te vervangen door 'langdurige aandoening'. Dit leidde tot de volgende indeling in zorgdeelmarkten:

- Een potentiële somatische ziekte of stoornis;
- Een potentiële verstandelijke/psychische ziekte of stoornis;
- Een geestelijke/verstandelijke langdurige aandoening of stoornis;
- Een somatische langdurige aandoening of stoornis;
- Een niet-acute behandelbare somatische ziekte;
- Een niet-acute behandelbare psychische/verstandelijke ziekte;
- Een acute somatische situatie;
- Een acute psychische/verstandelijke situatie.

De kenmerken van de zorgvraag zijn niet alleen van invloed op de kenmerken van het zorgverleningsproces, maar ook op de mogelijkheden van vraagsturing. In de bespreking van marktwerking in de gezondheidszorg werden een aantal marktimperfecties onderscheiden:

- Onzekerheid bij de consument/patiënt over het tijdstip van zijn behoefte aan zorg;
- Onzekerheid over de aard en de omvang van de zorg die dan nodig is;
- Asymmetrie van informatie en kennis tussen de vrager en de aanbieder;
- Afhankelijkheid van de vrager van het aanbod;
- Aanbodgeïnduceerde vraag;
- Heterogeniteit van het product gezondheidszorg;
- Grote ethische lading van gezondheidszorg en gezondheid;
- Krachtige, externe effecten van het al dan niet gebruiken van de gezondheidszorg;

- Kunstmatige schaarste voor het grootste deel van het zorgaanbod (kostenbeheersing) (Lapré, Schut & Rutten, 1999).

Deze marktimperfecties zijn het resultaat van de onzekerheden rondom de zorgvraag en de complexiteit van het zorgaanbod. Het kan worden verondersteld dat de marktimperfecties in de curatieve sector meer van invloed zullen zijn dan in de care-sector. In de care sector zijn zorgvragers langdurig ziek en zal hun ervaringsdeskundigheid daardoor groter zijn. Dit stelt ze in staat om hun eigen wensen en behoeften wat betreft de te ontvangen zorg beter in te schatten en te uiten. Tevens zullen ze beter geïnformeerd zijn en daardoor minder afhankelijk van de zorgaanbieder. De zorgvragers in de curatieve zorg zijn veelal kortdurend ziek en zijn daardoor afhankelijker van de zorgverlener voor de interpretatie van hun zorgvraag. Verder is de zorg technisch complexer dan langdurige care-zorg, hetgeen leidt tot informatieasymmetrie. De complexiteit van de zorg in de curatieve sector heeft geleid tot een aanzienlijke professionele autonomie van de medisch specialisten, die ze een sterke positie geeft (Van der Kraan, Van der Grinten & Putters, 2004). Het kan tevens worden verondersteld dat mensen met een acute, kortstondige ziekte vragen om simpel, vlot herstel, terwijl chronisch zieken ook erkenning willen voor hun toestand van een meer existentiële aard. Daarnaast willen sommige langdurig zieken alleen praktische ondersteuning, terwijl anderen juist liefdevolle verpleging en verzorging nodig hebben (Mulder, 2001). Des te acuter en ernstiger de situatie, des te minder mondig een patiënt zal zijn. Wanneer iemand echter langer afhankelijk is van de zorg kan er een afhankelijkheid ontstaan, waardoor de zorgvrager zich geremd kan voelen om inspraak op te eisen (Van Mil & Van Twist, 2001; Verstegen, 2002). Daarbij moet natuurlijk rekening worden gehouden met de persoonlijke kenmerken van de zorgvrager. Er bestaan veel verschillen tussen individuele zorgvragers, ook ten aanzien van hun competenties om als rationele consument op te treden (Klazinga et al., 2001).

4.3 De omgeving

4.3.1 De omgeving als beïnvloedende factor

Het primaire (productie)proces wordt door Scott (1992) in een bredere technologiecontext geplaatst door naast ‘technologie’ en ‘technisch systeem’ ook te praten over ‘technische of taak omgeving’. ‘Technologie’ heeft betrekking op de fysieke en intellectuele processen binnen een organisatie waarbij materialen worden omgezet in output. Het ‘technische systeem’ verwijst naar de daadwerkelijke toepassing van kennis en techniek in de praktijk. Daarmee sluiten deze twee begrippen goed aan bij de besproken indelingen in de vorige paragraaf. De ‘technische omgeving’ of ‘taak omgeving’ heeft echter betrekking op de kenmerken van de omgeving van een organisatie (en de afhankelijkheidsrelaties waarbinnen een organisatie opereert) die relevant zijn voor de toevoer van input c.q. resources en het afzetten van producten of diensten (Scott, 1992:227-228). Katz & Kahn (1978) maken ook een onderscheid tussen interne en externe technologie. Daarbij heeft externe technologie betrekking op kennis van technische processen en machines die zich buiten de organisatie bevinden (Katz & Kahn, 1978). Deze externe technologie kan door de organisatie aangeschaft of benut worden. Dit is een andere opvatting dan de ‘technische omgeving’ van Scott, die meer spreekt over specifieke kenmerken van de omgeving waarin een organisatie opereert. Hemerijck en Helderma (1995) diepen het idee van taak/technische omgeving verder uit in hun onderscheid tussen provisieloga en institutionele logica: “... the provision logic of a specific social policy area is intimately related to the particular

‘tasks contingencies’ of the delivery of collective good and public service, i.e. housing and health care.” Hemerijck en Helderma wijzen hiermee op de specifieke kenmerken van de sector waar organisaties zich in bevinden. Hun definitie omvat echter ook de ‘technologie’ en het ‘technische systeem’, zoals onderscheiden door Scott. Hemerijck en Helderma beredeneren namelijk dat de provisiologica zich bezighoudt met vragen omtrent het productieproces, de distributie, allocatie, financiering, prijsvorming, consumptie en reproductie van verschillende sociale goederen en diensten. Daarmee is de provisiologica van Hemerijck en Helderma minder specifiek dan de indeling die Scott hanteert. Hemerijck en Helderma beschrijven de gezondheidszorg als een sector met specifieke kenmerken die van invloed zijn op de organisaties die zich in deze context bevinden.

Een tweede stroming binnen de contingentiebenadering bespreekt de invloed van de omgeving op de organisatie. De centrale gedachte in deze stroming is dat een organisatie alleen kan overleven als hij zich aanpast aan zijn omgeving. In de vroege fase van de contingentiebenadering werd de omgeving vooral als beïnvloedende factor meegenomen, waarbij werd gekeken naar de karakteristieken van de omgeving, zoals de mate van turbulentie en stabiliteit. De interorganisatiele theorie benadert de omgeving meer als een verzameling organisaties, die interacties aangaan met de focusorganisatie (Klijn, 1997). De ‘resource dependency’ benadering (Pfeffer & Salancik, 2003) werkt deze gedachte verder uit door zich met name te richten op de wederzijdse afhankelijkheid tussen organisaties op basis van de uitwisseling van noodzakelijke hulpbronnen. Deze uitwerking is vooral interessant, omdat het meer inzicht geeft in de reden waarom organisaties interacties aangaan en in de wijze waarop de omgeving de organisatie kan beïnvloeden. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg stellen de afstemming van organisaties op hun omgeving steeds meer centraal. Doelmatigheid en effectiviteit van het zorgaanbod worden nagestreefd door de (ervaren) afhankelijkheid van zorgorganisaties ten opzichte van hun omgeving te vergroten.

Hemerijck en Helderma onderscheiden, net als Scott, naast de provisiologica ook een institutionele logica om de context van een organisatie te beschrijven. Daarmee geven ze aan dat de relatie tussen de organisatie en zijn omgeving enerzijds wordt bepaald door de specifieke context/sector waarin de organisatie zich bevindt (task environment), maar dat daarnaast de relatie tussen de organisatie en zijn omgeving ook wordt bepaald, en vooral gestructureerd, door de bestaande institutionele structuren en institutionele verhoudingen (Scharpf, 1997; Scott, 1992; Hemerijck & Helderma, 1995).

Vraagsturing krijgt uiteindelijk vorm en betekenis in de interactie tussen de zorgaanbieders, zorgvragers en andere betrokken publieke/private actoren op verschillende niveaus in de gezondheidszorg. De kern van vraagsturing wordt immers gevormd door de invloed van het vragersperspectief op het aanbod van zorg. Vraagsturing is binnen dit netwerk van interacties enerzijds opgekomen door maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, maar anderzijds is vraagsturing ook onderdeel van een veranderende sturingsvisie op de gezondheidszorg. Verscheidende overheidsmaatregelen zijn ingezet om institutionele veranderingen tot stand te brengen en de historisch gegroeide verhoudingen tussen zorgpartijen te doorbreken.

In deze paragraaf zal eerst de ‘institutionele context’ worden besproken en daarna zal aan de hand van de ‘resource dependency’ benadering verder worden ingegaan op de afhankelijkheidsrelaties die bestaan tussen de organisatie en zijn omgeving.

4.3.2 Institutionele context

Institutionele benaderingen

De institutionele context wordt gevormd door de regels, normen en structuren die het handelen van actoren vormen, faciliteren en sturen en het verloop en de uitkomst van het strategisch handelen van deze actoren beïnvloeden (Hemerijck, 2001:48). Binnen het neo-institutionalisme kunnen drie scholen worden onderscheiden: het historisch institutionalisme, het sociologisch institutionalisme en het rationele keuze institutionalisme. Binnen het *sociologisch institutionalisme* vormt de zogenaamde ‘logic of appropriateness’ het centrale aandachtspunt. Binnen deze benadering zijn instituties verzamelingen van regels en routines die gepast handelen en rollen definiëren en sanctioneren (Hemerijck, 2001). Het handelen volgens bestaande normen en regels is noodzakelijk om het bestaan en handelen van organisaties te legitimeren (Weber, 1968; In: Ruef & Scott, 1998). Binnen het *rationele keuze institutionalisme* structureren de instituties de incentives van (individuele) actoren (Hemerijck, 2001). Het economisch institutionalisme is een voorbeeld van deze stroming. In deze benadering worden instituties als volgt gedefinieerd: “Institutes zijn door mensen ontworpen beperkingen die structurerend zijn voor hun economische, sociale en politieke gedrag” (North, 1990, In: Hazeu, 2000:13). Dit is een sterk instrumentele opvatting van instituties. Het *historisch institutionalisme*, of zoals Hemerijck het benoemt de institutionele beleidsanalyse, benadert net als het rationele keuze institutionalisme instituties vanuit hun structurerende werking op het handelen van actoren en dan vooral op de interacties tussen verschillende actoren (Hemerijck, 2001). Binnen deze benadering worden instituties echter niet instrumenteel benaderd, maar als bestaande constructies die het handelen van actoren structureren.

In de Nederlandse gezondheidszorg is, net als in veel andere Westerse landen gekozen voor een grotendeels publieke organisatie van de zorg om tegemoet te komen aan collectieve belangen die gebaseerd zijn op breed gedragen maatschappelijke normen en waarden. De overheid is daarmee verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg (Putters, 2003). De publieke taak van zorgverlening wordt uitgevoerd door private zorgaanbieders. Ondanks het feit dat de gezondheidszorg verworpen is tot onderdeel van een uitgebreide publieke verzorgingsstaat, is de particuliere dominantie in de uitvoering van de gezondheidszorg sterk. Zelfsturing en subsidiariteit, het principe dat de overheid niet moet doen wat door particuliere actoren gedaan kan worden, staan centraal in de uitvoering van de zorg. Er is altijd een grote behoefte geweest om de inrichting en uitvoering van de gezondheidszorg zo veel mogelijk onder professionele en maatschappelijke invloed te houden en de politiek op afstand te houden (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a; Putters & Van der Grinten, 2001). Dit komt ook duidelijk naar voren in het feit dat het overheidsbeleid rondom de gezondheidszorg vorm krijgt in de interactie tussen de overheid en de veldpartijen. Het actorgecentreerd institutionalisme, behorende bij de institutionele beleidsanalyse, benadrukt deze wisselwerking tussen het gedrag van actoren en de bestaande instituties.

Actorgecentreerd institutionalisme

Het actorgecentreerd institutionalisme erkent dat instituties een beperkende en structurerende werking hebben op het handelen van actoren, maar gaat er daarbij wel van uit dat instituties kunnen worden veranderd door menselijk handelen. Instituties zullen hierdoor over tijd en plaats variëren (Scharpf, 1997). Binnen deze benadering

wordt de volgende definitie van instituties gehanteerd: "...to restrict the concept of institution to systems of rules that structure the courses of actions that a set of actors may choose. In this definition we would, however, include not only formal legal rules that are sanctioned by the court system and the machinery of the state but also social norms that actors will generally respect and whose violation will be sanctioned by loss of reputation, social disapproval, withdrawal of cooperation and rewards, or even ostracism" (Scharpf, 1997:38). Dit is een vrij globale definitie van instituties. Waarbij alleen een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen formele en informele instituties. Wet- en regelgeving vormen de formele instituties die het handelen van actoren structureren. De geldende normen en waarden in een samenleving kunnen worden opgevat als informele instituties. Actoren zullen deze informele instituties respecteren, omdat overtreding zal leiden tot verlies van reputatie en uitsluiting (Scharpf, 1997). Scott (2001) is meer expliciet in zijn bespreking van instituties en beschrijft de volgende kenmerken:

- Institutions are social structures that have attained a high degree of resilience;
- Institutions are composed of cultured-cognitive, normative, and regulative elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life;
- Institutions are transmitted by various types of carriers, including symbolic systems, relational systems, routines and artifacts;
- Institutions operate at multiple levels of jurisdiction, from the world system to localized interpersonal relationships;
- Institutions by definition connote stability but are subject to change processes, both incremental and discontinuous (Scott, 2001:48).

Scott (2001:49) geeft aan dat de regels, normen en culturele overtuigingen de centrale elementen zijn van instituties, maar dat deze elementen moeten worden beschouwd in de (inter)acties van actoren waarin ze betekenis krijgen. Klijn laat dit ook zien in zijn artikel 'Rules as institutional context' (2001) waarbij hij een onderscheid maakt tussen 'interaction rules' en 'arena rules'. '*Arena rules*' bepalen het karakter van het spel en het netwerk waarbinnen het spel zich afspeelt. Hieronder vallen drie subtypen van regels.

- 'Reality rules' specificeren wat relevant is voor de actoren in een netwerk. Hieronder vallen vervolgens 'identity rules' die betrekking hebben op de identiteit van de actoren en 'product rules' die betrekking hebben op de professionele standaarden die bestaan ten aanzien van producten en diensten die worden geleverd binnen een netwerk.
- 'Reward rules'. Dit zijn regels die bepalen welke voor- en nadelen gerelateerd zijn aan welk soort handelen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan 'subsidiary rules'.
- 'Position rules' tot slot bepalen de positie van actoren in het netwerk.

De '*interaction rules*' hebben een meer procedureel karakter en geven aan wat wel en niet geoorloofd is binnen het netwerk. Hieronder vallen 'entry rules' en 'interaction rules'. 'Entry rules' reguleren de toegang van actoren tot het netwerk en hebben een sterke relatie met de 'position rules'. De 'interaction rules' reguleren de manier waarop interacties tussen actoren plaatsvinden (Klijn, 2001).

Het onderscheiden van deze regels biedt inzicht in de wijze waarop instituties ingrijpen op het handelen van actoren. Hierbij wordt vooral invulling gegeven aan de structurerende werking van instituties.

De Nederlandse gezondheidszorg heeft zich op incrementele wijze ontwikkeld tot

het publiek-private systeem van instituties en interacties zoals dat nu bestaat (Schut, 2003).

De overheid heeft een grondwettelijke taak ten aanzien van de volksgezondheid. Het is de overheid die de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg moet waarborgen (Putters & Van der Grinten, 2001; Boot & Knapen, 2001). Het aanbod van zorg is echter particulier georganiseerd. De private actoren die uitvoering geven aan de publieke verantwoordelijkheden van de overheid hebben een hybride karakter doordat ze hun publieke taken combineren met een particuliere status (Putters, 2001). Daarnaast laten de zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren en particuliere organisaties zich bij het uitvoeren van hun publieke taken ook in sterke mate leiden door de eisen die de professie en de medische bedrijfsvoering stellen (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a; Putters & Van der Grinten, 2001). De private uitvoerende partijen in de zorg bevinden zich dus in verschillende institutionele contexten. Naast de context van de publieke sector, creëren partijen ook hun eigen instituties, binnen de beroepsgroep of binnen de verschillende gremia op regionaal (uitvoerings)niveau. De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt vaak voorgesteld als een driehoek, waarbij de zijden worden gevormd door interacties tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers/verzekerden. De drie zijden worden beschreven als de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt (Berenschot & Blijlevens, 2003).

De basis van de driehoek wordt gevormd door de *zorgverleningsmarkt*. Hier vindt de meest relevante interactie plaats waar uiteindelijk de gehele gezondheidszorg om draait: de interactie tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Op deze markt worden de behoeften en wensen van individuen omgezet in een vraag naar zorg en wordt het zorgaanbod (in meer of mindere mate) afgestemd op de zorgvraag (Maarse, 2001). Wet- en regelgeving, waaronder de Wet op de Geneeskundige Behandeloors-eenkomst (WGBO) reguleert deze interactie. Daarnaast bestaan er in het kader van de zorgverlening ook allerlei overlegvormen tussen zorgverleners onderling en zorgverleners en patiënten(organisaties) waarin wordt gestreefd naar integrale zorgverlening en continuïteit van zorg. Deze overlegvormen zijn in meerdere of mindere mate formeel. Zo bestaan op regionaal niveau de regiovisies die bedoeld zijn om op langere termijn beleid te formuleren voor de regionale zorginfrastructuur (Boot & Knapen, 2001:361).

De Nederlandse gezondheidszorg wordt grotendeels gefinancierd door een verzekeringsstelsel. Dit betekent dat zorgverzekeraars/zorgkantoren namens hun verzekerden zorg inkopen c.q. financieren. De interacties tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders vinden plaats op de *zorginkoopmarkt*. De overheid heeft de zorgplicht gedelegeerd aan de zorgverzekeraars die daarmee de verplichting hebben om voldoende zorg in te kopen om te voldoen aan de zorgvraag van hun verzekerden. De zorgverzekeraars en de zorgkantoren contracteren daartoe zorgaanbieders. Deze interactie wordt gereguleerd door het overeenkomstenstelsel, wat bestaat uit een aantal wetten, waaronder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en de Wet Toegang Zorginstellingen (WTZi) (Maarse, 2001). In toenemende mate wordt de zorginkoopmarkt echter geliberaliseerd. Door onder andere het afschaffen van de contracteerplicht voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren en het invoeren van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de curatieve zorg en de functionele bekostiging in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) moet de concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars toenemen en daarmee het zorgaanbod beter worden afgestemd op de zorgvraag.

De zorgverzekeringsmarkt betreft de interactie tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Het ziektekostenstelsel van de Nederlandse gezondheidszorg is opgebouwd uit drie compartimenten die een combinatie vormen van particuliere en sociale financiering. De AWBZ vormt het eerste compartiment van het ziektekostenstelsel en wordt gefinancierd door een sociaal bekostigingssysteem. De AWBZ biedt als volksverzekering dekking voor langdurige zorg, voor alle burgers van Nederland. Binnen de AWBZ wordt de zorgplicht uitgevoerd door de regionale zorgkantoren (Maarse, 2001).

Het tweede compartiment (de curatieve zorg) vormde tot 2006 een combinatie van beide bekostigingssystemen. De publiekrechtelijke ziektekostenverzekering (de ziekenfondswet) en de particuliere ziektekostenverzekering verzorgden beide de financiering van dit compartiment. Tot 2006 was de ziekenfondswet van toepassing op de relatie tussen de zorgverzekeraar en de verzekerden met een inkomen onder een bepaalde grens. Deze verzekerden waren verplicht tot een ziekenfondsverzekering, met uitzondering van een aantal specifieke beroepsgroepen, zoals ambtenaren en zelfstandige ondernemers. Deze groepen konden, net als de burgers met een inkomen boven de inkomensgrens vrijwillig een particuliere verzekering afsluiten.

Het derde compartiment, ofwel de aanvullende, private zorg wordt gefinancierd door eigen betalingen of vrijwillige aanvullende ziektekostenverzekeringen (MDW-werkgroep, 2000).

Het gemengde verzekeringssysteem paste goed in de traditie van subsidiariteit. De sociale elementen waarborgden de solidariteit en toegankelijkheid, maar de gedeeltelijk particuliere financiering beschermde tegen teveel overheidsbemoeienis (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a; Putters & Van der Grinten, 2001). De strikte scheiding tussen publieke en private ziektekostenverzekering werd echter in toenemende mate bezwaarlijk geacht voor de solidariteit tussen verzekerden. De nieuwe zorgverzekeringswet die op 1 januari 2006 in werking is getreden moet het onderscheid geheel opheffen. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd in de periode voor de nieuwe zorgverzekeringswet, zal deze wet hier verder niet worden besproken.

De drie markten vormen de institutionele context waarbinnen de actoren in de Nederlandse gezondheidszorg handelen. De markten zijn echter niet geheel van elkaar gescheiden. Initiatieven en beslissingen op de ene markt hebben invloed op de andere markten. Zo beïnvloeden bijvoorbeeld de inkoopbeslissingen van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt de lengte van de wachttijden op de zorgverleningsmarkt en andersom beïnvloeden technologische ontwikkelingen op de zorgverleningsmarkt het inkoopgedrag van verzekeraars op de zorginkoopmarkt (Maarse, 2001). Door de overheid wordt de interactie tussen markten ook bewust gebruikt. Zo wordt concurrentie tussen verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt gestimuleerd om betere zorginkoop op de inkoopmarkt te realiseren.

Institutionele dynamiek

Binnen het institutionalisme bestaat een spanningsveld tussen de structurerende en beperkende werking van instituties op het handelen van actoren en de mogelijkheden die actoren binnen de institutionele context hebben om te innoveren, strategisch te handelen en bij te dragen aan institutionele veranderingen (Scott, 2001:75). Padenafhankelijkheid en institutionele verandering zijn daarbij leidende begrippen.

Instituties vormen een weerspiegeling van ervaringen en leermomenten van actoren, maar dat betekent niet dat instituties continu veranderen. Zoals ook uit de definitie van instituties naar voren is gekomen, hebben instituties een bepaalde mate van continuïteit (March & Olsen, 1989). Wanneer instituties niet alleen worden opgevat als beperkend, maar vooral als structurerend en simplificerend, dan kan de stabiliteit van

instituties worden gezien als een noodzakelijke eigenschap. Het stelt actoren in staat om in een complexe omgeving te komen tot beslissingen en handelingen (Genschel, 1997). Deze stabiliteit of inertie kan worden afgeleid uit drie factoren: 'sunk costs', 'uncertainty' en 'political conflict' (Genschel, 1997:47).

Het verankeren van instituties vergt bepaalde investeringen en het veranderen van instituties leidt tot kosten (sunk costs) (Genschel, 1997). Het kan zo zijn dat de capaciteit niet aanwezig is om grootschalige institutionele veranderingen door te voeren (Genschel, 1997; March & Olsen, 1989). Daarnaast zorgen instituties voor stabiliteit en zekerheid. Institutionele veranderingen zorgen voor onzekerheid (uncertainty). 'Bounded rationality' zorgt er namelijk voor dat de effecten vooraf niet kunnen worden overzien. Actoren vertonen een bepaalde mate van risicoaversie en zullen de vertrouwde, wellicht niet zo efficiënte, situatie verkiezen boven een nieuwe, wellicht efficiëntere, maar onzekere situatie (Genschel, 1997).

Tot slot kunnen institutionele veranderingen leiden tot conflicten (political conflicts). Actoren hebben belangen bij een status-quo. Daarom zijn instituties ook in staat om een bepaalde mate van kritiek of protest te absorberen (March & Olsen, 1989). Een verandering van instituties kan leiden tot conflicten en het kost inspanningen om die conflicten te voorkomen en/of te doorbreken (Genschel, 1997).

Het feit dat institutionele stabiliteit wellicht niet makkelijk te doorbreken is, betekent echter niet dat institutionele veranderingen niet plaatsvinden. Binnen het institutionalisme wordt institutionele verandering op twee manieren besproken. Enerzijds als abrupte, grote verandering en anderzijds als incrementeel proces (Hemerijck, 2001; March & Olsen, 1989). Incrementele veranderingen vinden plaats door de continue spanning tussen verschillende institutionele regels en de afstemming van het institutionele kader en de dagelijkse praktijk (March & Olsen, 1989:167). In een bespreking van institutionele verandering draagt Hemerijck (2001:93) de bespreking van social learning door Hall (1993) aan. Daarbij kan de incrementele verandering worden gezien als een eerste orde verandering, waarbij alleen de toegepaste instrumenten worden aangepast. Ook een tweede orde verandering, waarbij andere instrumenten worden toegepast, valt nog onder 'incrementele aanpassingen'. Een grotere verandering vindt plaats wanneer er sprake is van een derde orde verandering waarbij er een radicale verandering van perspectief/doelstellingen plaatsvindt (Hall, 1993).

Bij de bespreking van institutionele veranderingen wijst Scott (2001) op het belang om een onderscheid te maken tussen processen en factoren die zich buiten het institutionele systeem bevinden en aanzet geven tot veranderingen en factoren die zich in het systeem bevinden. De volgende externe factoren kunnen worden geïdentificeerd: de introductie van een nieuwe technologie, management van innovaties; grote veranderingen in politiek beleid; grote politieke omwentelingen (zoals bijvoorbeeld oorlog); sociale hervormingsbewegingen en tot slot verschuivingen in culturele overtuigingen en praktijken (Scott, 2001:187).

Wat betreft endogene factoren noemt Scott (2001:188) de bestaande spanning tussen het microniveau en het macroniveau. Scott haalt hierbij Sjöstrand (1995:20 In: Scott 2001:188) aan die aangeeft dat de spanning tussen het micro- en macroniveau verklaard kan worden door een discrepantie tussen de ervaringen, gedachten en het handelen van de actoren op het microniveau en de instituties die op macroniveau worden gevormd en die de meer algemene maatschappelijke perspectieven reflecteren. Een tweede endogene factor die Scott (2001:188) onderscheidt is het feit dat sociale structuren vaak bestaan uit verschillende institutionele systemen die elkaar kruisen, overlappen en beconcurreren. Deze endogene en exogene factoren dragen ertoe bij dat bestaande instituties niet langer structurerend werken, maar eerder beknellend. Daar-

door neemt de legitimiteit van deze instituties af. Dit creëert vervolgens een ‘window of opportunity’ voor institutionele veranderingen.

De Nederlandse gezondheidszorg en het samenspel van publieke en private actoren staat onder een toenemende druk, veroorzaakt door eerder besproken (maatschappelijke) ontwikkelingen. Dit leidt tot endogene en exogene problemen die steeds prominenter aanwezig zijn en zich niet langer laten negeren:

Exogene problemen

De gezondheidszorg wordt in toenemende mate beïnvloed door de ontwikkelingen in de samenleving (Van der Grinten & Vos, 2004). In toenemende mate is er sprake van maatschappelijke onvrede over de organisatie en levering van de gezondheidszorg. Wachtlijsten vormen een bron van ergernis en mensen laten ook steeds duidelijker merken dat de zorg niet voldoet aan hun wensen en behoeften. De toename van het aantal rechtszaken laat dat ook zien (Noordegraaf, 2002; Schut, 2003). Democratisering, individualisering en decentralisering in combinatie met de economische teruggang veroorzaken deze toenemende onvrede (Van der Grinten, 1994).

De autoriteit van de overheid en de professionals (met name artsen) is al lang geen vanzelfsprekendheid meer en mensen eisen steeds meer medebeslissingsrecht op (Verkaar & Geelen, 1993). Individualisering en de emancipatie van de zorgvrager leiden ertoe dat de zorgvrager steeds meer eisen stelt en steeds meer mogelijkheden en wil heeft om zijn of haar eigen zorgproces te bepalen. Door hogere opleidingen en inkomens, maar ook door technische ontwikkelingen zoals Informatie en Communicatie Technologie (ICT), krijgen zorgvragers steeds meer toegang tot (vergelijkende) informatie over zorgaanbieders en behandelingen, waardoor keuzes steeds beter gemaakt kunnen worden (Putters & Van der Grinten, 2001).

Naast de maatschappelijke ontwikkelingen die binnen de Nederlandse samenleving plaatsvinden, vormen ook de internationalisering en Europeanisering een toenemende druk op het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Zorgvragers gaan steeds vaker de grens over om zorg te kunnen ontvangen (Putters & Van der Grinten, 2001). Individuele zorgvragers doen dit vanwege wachtlijsten of prijsverschillen. Ook zorgverzekeraars, met name in de grensgebieden, gaan de grens over om aan hun zorgplicht te voldoen.

Daarnaast zet de Europeanisering van wet- en regelgeving in de gezondheidszorg bestaande samenwerkingsverbanden onder druk. Zo is de introductie van de Nederlandse MededingingsAutoriteit in de zorg (NMA) in de zorg is een duidelijk gevolg van Europese regelgeving.

Endogene problemen

De exogene problemen maken de aanwezige endogene problemen in het huidige gezondheidszorgsysteem steeds evidentier. De verscheidende nota's van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) die in de loop der jaren zijn verschenen, laten zien dat de problemen waarmee de gezondheidszorg worstelt, fundamenteel weinig veranderen. De basisproblemen zijn: beperkte keuzemogelijkheden; onvoldoende samenhang in de zorg en een gebrekkige aansluiting van het zorgaanbod op de zorgvraag (Vraag aan bod, 2001; Okma, 2001) Van der Grinten en Vos (2004) vertalen dit in een drietal sturingsproblemen: Provisieproblemen, vraagproblemen en sturingsproblemen.

Provisieproblemen hebben enerzijds betrekking op de onduidelijkheid die er heerst bij de overheid en samenleving over de (aard van de) kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van het zorgproduct en het zorgproces, over de rolverdeling ter zake en over de vraag of deze drie wel verenigbaar zijn. Anderzijds bestaat er onduidelijkheid bij instellingen en professionals over wat de overheid en de samenleving precies van hen verwachten.

Vraagproblemen hebben betrekking op het feit dat een reële vraagzijde ontbreekt: zorgconsumenten hebben geen sturingsbevoegdheden, - competenties en -macht; zaakwaarnemers van diverse pluimage (bijvoorbeeld de verzekeraars) treden op namens de zorgconsument, maar zijn daartoe steeds minder maatschappelijk gelegitimeerd. Kernpunt is hier: de mate waarin tegemoet kan worden gekomen aan de maatschappelijke behoefte (lees: behoefte van de samenleving en van de burger).

Tot slot is het huidige sturingsconcept niet aangepast aan de wijzigende omstandigheden (sturingsproblemen). Er is een onduidelijke mengeling van overheidsbemoeienis, marktwerking en zelfregulering en in het sturingsinstrumentarium zijn vraag- en aanbodgerichtheid niet goed uitgewerkt. Democratisering, individualisering en emancipatie van de zorgvrager hebben er voor gezorgd dat de traditionele verhoudingen tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn opengebroken. De (collectieve) zorgvrager claimt steeds meer zeggenschap en daardoor wordt besluitvorming op gedecentraliseerd niveau steeds belangrijker (Putters & Van der Grinten, 2001). Dit is echter nog onvoldoende vertaald in een goede vertegenwoordigingsstructuur. De zorgvrager kan nog onvoldoende afdwingen. De huidige structuur zorgt er ook voor dat de aanbodzijde onvoldoende maatwerk kan leveren, maar zorgaanbieders voelen nog onvoldoende prikkels om meer naar de klant te luisteren en hun producten af te stemmen op de wensen van de zorgvrager (Scholten & De Klaver, 2003; Baljé et al., 2003).

Daarnaast heeft het spanningsveld tussen publieke verantwoordelijkheid en private uitvoering van publieke taken geleid tot een sturingsstructuur die steeds meer gaat knellen. Enerzijds is er sprake geweest van decentralisatie en deregulering, maar anderzijds is er ook sprake geweest van verstatelijking. In een poging van de overheid om de private uitvoeringsorganisaties te controleren en te beheersen zijn er veel regels en procedures opgetuigd die in toenemende mate een knellend keurslijf vormen (Kickert et al., 1998 In: Van der Grinten & Putters, 2001). Zo heeft het geleid tot een verkokering van de zorg waarbij tussen de verschillende sectoren (financiële en bureaucratische) schotten zijn opgeworpen. Deze schotten zorgen er voor dat de aanbodzijde steeds verder verwijderd is geraakt van de kern van gezondheidszorg: tegemoet komen aan de zorgbehoeften van de zorgvrager (Kemps, 2002).

De combinatie van exogene en endogene knelpunten heeft geleid tot een 'window of opportunity' om institutionele veranderingen tot stand te brengen. Er is sprake van een algemeen geldende 'sense of urgency' dat veranderingen noodzakelijk zijn om het publieke karakter van de gezondheidszorg te behouden en de afstemming tussen vraag en aanbod te verbeteren. De opkomst van vraagsturing kan in dit kader worden geplaatst. De omslag van aanbodregulering naar vraagsturing die centraal staat in het overheidsbeleid spreekt het streven uit van een 'derde orde verandering', ofwel een duidelijke verandering van perspectief. In plaats van het aanbod zal na de modernisering van de gezondheidszorg de vraag naar zorg centraal staan bij de organisatie en structurering van de zorg. De overheid kiest echter in haar nieuwe sturingsstrategie niet onvoorwaardelijk voor decentralisatie en deregulering om marktwerking en

vraagsturing tot ontwikkeling te laten komen. Om de collectieve belangen te waarborgen, hanteert de overheid een gemengde strategie van deregulering en aanbodregulering, die leidt tot onduidelijkheid over de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling. Daarnaast hebben de private actoren in de Nederlandse gezondheidszorg ook een belangrijke invloed. Enerzijds geeft de huidige bureaucratische vormgeving van de gezondheidszorg de private actoren onvoldoende bewegingsruimte en stimulans om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de zorgvager (Garretsen, 2001), maar anderzijds hebben private actoren ook gevestigde belangen bij de bestaande institutionele verhoudingen, waarbij zij (samen met de overheid) als zaakwaarnemers van de zorgvragers het zorgaanbod bepalen. De overheid heeft niet de capaciteit om zelfstandig veranderingen door te voeren en de vraag is in hoeverre de private actoren willen meegaan in de ambities van de overheid. Wellicht dat de implementatie van vraagsturing uiteindelijk niet zal leiden tot een derde orde verandering, maar ‘slechts’ zal leiden tot een eerste of tweede orde verandering.

4.3.3 Interorganisationale afhankelijkheidsrelaties

De institutionele context werkt structurerend voor het handelen van actoren, die in interactie met elkaar hun doelstellingen proberen na te streven. Bestaande instituties kunnen de reden zijn dat actoren interorganisationale relaties aangaan (necessity), maar actoren gaan ook om andere redenen interacties aan met andere organisaties in hun omgeving: 1) Om controle uit te oefenen over een andere actor en zijn middelen (asymmetry); 2) Om gezamenlijke doelen en belangen na te streven (reciprocity); 3) Om de efficiëntie van de eigen organisatie te verhogen (stability); 4) Om tegemoet te komen aan de externe druk om te voldoen aan geldende maatschappelijke normen en waarden (legitimacy) (Garpendby, 1999; Oliver, 1990 In: Hudson, 2004).

Bij al deze motieven om interorganisationale relaties aan te gaan vormt (wederzijdse) afhankelijkheid de basis. Geen enkele organisatie is immers in staat om geheel onafhankelijk te bestaan en te produceren (Pfeffer & Salancik, 2003). Het idee van onderlinge afhankelijkheid binnen de interorganisationale theorie is gebaseerd op de bijdragen van Levine & White (1960) die het belang van ruilrelaties tussen organisaties benadrukten. Door het aangaan van ruilrelaties vergaren organisaties (hulp)bronnen van andere organisaties die ze kunnen gebruiken om hun eigen doelstellingen na te streven (Klijn, 1997). Levine en White (1960) definiëren ruilrelaties als volgt: “organizational exchange is defined as any voluntary activity between two organizations which has consequences, actual or anticipated for the realization of their respective goals or objectives.”

De afhankelijkheid van een organisatie van andere organisaties bepaald hoeveel rekening moet worden gehouden met organisaties in de omgeving en hoe waarschijnlijk het zal zijn dat deze organisaties worden meegenomen in de besluitvorming van de organisatie (Pfeffer & Salancik, 2003:52).

De daadwerkelijke uitwisselingsrelaties die bestaan tussen actoren kunnen worden beschreven aan de hand van vier dimensies:

1. De betrokken partijen;
2. De aard van de hulpbronnen die worden uitgewisseld;
3. De richting van de uitwisseling;
4. De overeenkomst die ten grondslag ligt aan de uitwisseling (Levine & White, 1960).

Betrokken partijen

De gezondheidszorg, ontstaan vanuit een privaat initiatief, heeft zich altijd gekenmerkt door een sterke onderlinge afhankelijkheid tussen publieke en private actoren. De overheid heeft dan wel de verantwoordelijkheden en de publieke middelen om de zorg voor iedere burger te garanderen, ze is voor de uitvoer wel afhankelijk van private zorgaanbieders en zorgverzekeraars. (Putters & Van der Grinten, 2001; Van der Grinten, 2001). De private partijen zijn afhankelijk van de overheid, omdat zij binnen het publieke systeem functioneren en hun producten afzetten. Deze wederzijdse afhankelijkheid zorgt er enerzijds voor dat de private partijen moeten handelen in een verstatelijke context. Anderzijds betekent dit dat de private partijen sterk betrokken zijn bij de landelijke en regionale beleidsvorming en besturing van de gezondheidszorg (Van der Grinten & Meurs, 2005). In de Nederlandse gezondheidszorg is geen geconcentreerd machtscentrum dat over de middelen beschikt om eenzijdig in te grijpen (Van der Grinten en Kasdorp, 1999a; Putters & Van der Grinten, 2001). De Nederlandse gezondheidszorg laat zich eerder kenmerken als een pluricentrisch model, waarin de verschillende publieke en private partijen elkaar nodig hebben om hun eigen doelen te bereiken (Van Heffen & Kerkhoff, 1996).

Eerder in deze paragraaf is al gewezen op de drie zorgmarkten die samen de gezondheidszorg vormen:

<u>De zorgverzekeringsrelatie:</u>	de relatie tussen verzekeraar en verzekerde
<u>De zorgcontracteringsrelatie:</u>	de relatie tussen verzekeraar en zorgaanbieder
<u>De zorgverleningsrelatie:</u>	de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt/consument

In elk van deze markten/relaties gaan partijen interacties met elkaar aan om hun eigen doelstellingen/taken te kunnen vervullen. De overheid is daarbij als het ware een 'overstijgende' partij die de kaders vaststelt waarbinnen deze relaties zich afspelen. Daarmee staat de overheid in een hiërarchische relatie met de andere partijen. De zorgplicht van de overheid is gedelegeerd naar de zorgverzekeraars/zorgkantoren. Hun taak is om namens of in het belang van de patiënt contracten met zorgaanbieders af te sluiten rond de inkoop, financiering en uitvoering van de zorg (RVZ, 2000). Deze inkoop van zorg speelt zich af op de zorginkoopmarkt. Aanbieders zijn afhankelijk van de zorgverzekeraar/zorgkantoor voor hun financiering en de zorgverzekeraar is voor de vervulling van zijn zorgplicht afhankelijk van de zorgaanbieder. Op de zorgverzekeringmarkt spelen zich interacties af tussen zorgverzekeraar/zorgkantoor en verzekerden. Wanneer de verzekerde daadwerkelijk zorg nodig heeft, gaat hij op de zorgverleningsmarkt als zorgvrager een behandelingsovereenkomst met een zorgverlener aan.

Zowel in de curatieve sector als de care-sector hebben zorgverzekerden/patiënten geen vrije toegang tot de zorg. Binnen de curatieve sector treedt de huisarts op als poortwachter voor de zorg in de tweede echelon (zie paragraaf 4.2). Dit gebeurt binnen de zorgverleningsrelatie. In de care-sector treedt het indicatieorgaan op als poortwachter. Dit indicatietraject vindt plaats voordat de zorgvrager de zorgverleningsmarkt betreedt (Douven, et al., 2004).

Binnen de drie deelmarkten opereert de zorgvrager primair als individuele actor ten opzichte van georganiseerde actoren, zoals ziekenhuisorganisaties en zorgverzekeraars. De zorgvrager heeft binnen de gezondheidszorg verschillende rollen: de rol van burger binnen een publieke sector, de rol van verzekerde ten opzichte van de verzekeraar en de rol van patiënt in de interacties met de zorgverlener. Binnen elk van deze rollen heeft de zorgvrager andere belangen bij de gezondheidszorg (lage premie als (gezonde) verzekerde en de beste zorg als patiënt) die op bepaalde momenten ook

kunnen conflicteren (Wildner et al., 2004). Vraagsturing zou uiteindelijk met name in de zorgverleningsmarkt tot uiting moeten komen in de interacties tussen de individuele zorgvrager en de zorgverlener. Door allerlei omstandigheden is deze afhankelijkheidsrelatie echter niet zo eenduidig. Veel partijen in het huidige systeem treden op als zaakwaarnemers van de zorgvrager. Van oudsher zijn dat de overheid, de beroepsbeoefenaren –met een heel uitgesproken rol van de huisarts als poortwachter en verwijzer voor de specialistische gezondheidszorg- en de instellingen voor gezondheidszorg (Van der Grinten, 2000). Al deze personen, organisaties en instanties nestelen zich als het ware tussen de zorgvrager en de aanbieders van zorg. Daar houden zij zich bezig met het ondersteunen, verduidelijken en interpreteren van de zorgvraag, het inkopen en soms ook het toewijzen en organiseren van een daarop toegesneden zorgaanbod (Van der Grinten, 2000). Dit zorgt er voor dat de zorgvrager, als individu, met name een afhankelijke partij is in de verschillende interacties. Hoofdstuk twee heeft echter laten zien dat de zorgvrager zich steeds sterker gaat profileren in de verschillende relaties met andere partijen. Zorgvragers zijn niet langer bereid om een passief subject te zijn, maar willen meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid(szorg) (MacStravic, 2000).

Aard van de hulpbronnen

Organisaties zijn voor verschillende ‘bronnen’ afhankelijk van hun omgeving. De aanwezigheid en toegang tot hulpbronnen is een noodzakelijke voorwaarde voor elke activiteit. Pfeffer en Salancik (2003) definiëren het concept ‘hulpmiddelen’ niet verder, maar Van Heffen en Klok (1997) werken het concept verder uit en maken een onderscheid tussen non-interactieve en interactieve hulpmiddelen. Non-interactieve hulpbronnen kunnen actoren zonder tussenkomst van andere actoren benutten om activiteiten te ondernemen. Van Heffen en Klok geven echter aan dat het handelen van een actor veelal gerelateerd is aan het handelen van andere actoren, waardoor er ook interactieve hulpbronnen ingezet moeten worden. Deze hulpbronnen zijn veel minder concreet en krijgen pas betekenis wanneer andere actoren ze erkennen als (belangrijke) hulpbronnen (Van Heffen & Kerkhoff, 1999). Van Heffen en Klok (1997) onderscheiden de volgende non-interactieve hulpbronnen:

- Fysieke goederen: zoals gebouwen, machines, natuurlijke bronnen, etc.;
- Vaardigheden: professionele vaardigheden en de ervaring van mensen die belangrijk zijn bij het uitvoeren van activiteiten;
- Mankracht: de daadwerkelijke kracht om werk te verrichten;
- Informatie c.q. kennis;
- Tijd.

Interactieve hulpbronnen zijn:

- Ruilmiddelen: zoals geld;
- Wettelijke rechten: wettelijke regelingen of formele bevoegdheden kunnen een actor de mogelijkheid geven om bepaalde activiteiten uit te voeren, of hem daar juist in belemmeren;
- Vertrouwen: het vertrouwen dat een partij inboezemt bij andere partijen;
- Reputatie;
- Een goede verstandhouding of relatie met een actor die toegang heeft tot relevante middelen en als invloedrijk wordt beschouwd.

Scharpf (1997:43) hanteert een indeling waarbij hij met name de institutioneel gecreëerde hulpbronnen centraal stelt. In zijn beschrijving van de handelingscapaciteiten van actoren maakt hij onderscheid tussen ‘*personal properties*’ zoals intelligentie,

lichamelijke kracht etc.; '*physical resources*' zoals geld, technologische capaciteiten, toegang tot informatie etc; en '*action resources created by institutional rules*' waaronder het toekennen of beperken van rechten op participatie of vetomogelijkheden. De '*personal properties*' en de '*physical resources*' kunnen worden geschaard onder de non-interactieve hulpmiddelen van Van Heffen en Klok (1997). De action-resources kunnen worden geplaatst onder interactieve hulpmiddelen.

Het belang van een bron is afhankelijk van twee dimensies: de omvang van de uitwisseling en de kritische bijdrage van de hulpbron aan het bereiken van de doelstellingen van de organisatie (Pfeffer & Salancik, 2003). De functie van een organisatie bepaalt de afhankelijkheid van de organisatie van bepaalde hulpbronnen en zorgt voor variatie in de behoeften van organisaties (Levine & White, 1960). Daarnaast is de substituëerbaarheid van een hulpbron van belang en de mate waarin de organisatie handelingsvrijheid met betrekking tot de allocatie en het gebruik van een hulpbron. Actoren hebben op basis van de volgende situaties controle over bronnen:

- Bezit;
- Toegang tot de bron;
- Het daadwerkelijke gebruik van de bron en wie het gebruik controleert;
- De mogelijkheid om regels te maken of op een andere manier het bezit, de allocatie en het gebruik van bronnen te reguleren en om deze regels op te leggen (Pfeffer & Salancik, 2003).

In het artikel van Levine en White (1960) is het empirische onderzoeksobject gezondheidsorganisaties in brede zin. Daarbij onderscheiden ze drie categorieën van elementen die uitgewisseld worden door deze organisaties:

1. Doorverwijzing van cliënten of patiënten;
2. Het geven of ontvangen van arbeidsdiensten, vrijwilligerswerk, professioneel personeel;
3. Het geven of ontvangen van andere bronnen dan arbeid, zoals financiering, informatie en techniek.

Deze drie elementen zijn zowel onder non-interactieve bronnen als interactieve bronnen te plaatsen. De doorverwijzing van cliënten is noodzakelijk voor een organisatie om zijn functie als zorgverlenende instantie te vervullen. Enerzijds zijn zorgvragers daarmee onderdeel van het dienstverleningsproces (ruw materiaal) anderzijds is de toestroom van zorgvragers ook een resultaat van acceptatie van de functie van de organisaties en daarmee een interactieve hulpbron.

De implementatie van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg vraagt om een heroriëntatie op de huidige interorganisationale relaties. De relaties tussen de zorgvrager en de andere partijen moeten meer centraal komen te staan. De zorgverleningsrelatie moet niet langer een uitkomst, maar het startpunt zijn van allerlei andere interorganisationale interacties. Wet- en regelgeving en financiën zijn nu de dominante hulpbronnen die bepalend zijn voor het handelen van actoren. De implementatie van vraagsturing zal er echter toe leiden dat de zorgaanbieders en verzekeraars voor het vervullen van hun functie, afhankelijker zullen zijn van informatie over de inhoud van het vragerperspectief, verantwoording en reputatie richting de zorgvrager en vertrouwen van de zorgvrager in hun product.

Richting van de uitwisseling

Levine en White (1960) onderscheiden drie typen van uitwisseling van hulpbronnen: *Unilateral*: de bronnen gaan van de ene organisatie naar de andere, maar er is geen stroom van bronnen terug.

Reciprocal: bronnen stromen van de ene organisatie naar de andere in ruil voor andere bronnen;

Joint: bronnen stromen van twee organisaties, die samenwerken, richting een derde partij.

Levine & White bespreken hier alleen de richting waarin de bronnen stromen, maar bespreken verder geen kenmerken van de stromen. Klijn (In Kickert et al., 1997:31) geeft aan dat verschillende auteurs typologieën van afhankelijkheden hebben geconceptualiseerd. Zo verwijst hij onder andere naar Thompson (1967) die spreekt over *pooled*, *sequential* en *mutual interdependency*.

Bij '*pooled dependency*' levert elke actor een bijdrage aan het netwerk.

Bij '*sequential dependency*' is de ene actor voor zijn input afhankelijk van de output van een andere actor. Pfeffer en Salancik (2003:41) noemen dat een symbiotische relatie. Bij '*mutual dependency*' vormt de output van elke actor de input van de andere actor (Klijn, In Kickert et al., 1997:22).

Pfeffer en Salancik (2003:41) voegen aan deze indeling '*competitive outcome interdependency*' toe waarbij de '*outcome*' van de ene actor alleen hoger is als de '*outcome*' van de andere actor lager is. Zij beschrijven ook '*behavior interdependency*' waarbij de participatie van meerdere actoren nodig is om een activiteit te ondernemen. Dit kan zowel onder '*pooled dependency*' als '*mutual dependency*' vallen.

Het onderscheid tussen '*competitive outcome interdependency*' en '*behavior interdependency*' komt overeen met het onderscheid tussen '*competitive interdependency*' en '*symbiotic interdependency*'. '*Competitive interdependency*' beschrijft de situatie waarbij het handelen van een actor het handelen van een andere actor belemmert. Dit is dus een breder begrip dan '*competitive outcome interdependency*' wat zich alleen richt op de uitkomst van het handelen. '*Symbiotic interdependency*' betreft de situatie waarbij het handelen van een actor bijdraagt aan het handelen c.q. de doelbereiking van een andere actor (Fenger & Klok, 2001). Fenger en Klok voegen hier aan toe dat er sprake is van een noodzakelijke bijdrage in een situatie van '*symbiotic interdependency*', waardoor dit begrip overeenkomt met het begrip '*mutual dependency*'. Pfeffer en Salancik (2003) hebben ook de '*sequential dependency*' omschreven als een symbiotische relatie. '*Symbiotische interdependency*' zorgt er voor dat actoren geneigd zijn om samen te werken, terwijl '*competitive interdependency*' kan leiden tot conflicten (Fenger & Klok, 2001).

Uiteindelijk kan het bovenstaande worden samengevat door de volgende vormen van afhankelijkheid te onderscheiden:

Symbiotische afhankelijkheid, een afhankelijkheid waarbij het handelen van een actor bijdraagt aan de doelbereiking van andere actoren. Hieronder vallen ook de *sequential dependency*, de *mutual dependency* en de *behavioral dependency*.

Competitieve afhankelijkheid. Een afhankelijkheid waarbij het handelen van een actor het handelen van een andere actor belemmert.

Pooled dependency ofwel samengevoegde afhankelijkheid kan niet echt onder één van deze twee vormen van afhankelijkheid worden ondergebracht, omdat het beschrijft hoe meerdere actoren een bijdrage leveren aan het netwerk en er niet zozeer sprake is van een directe afhankelijkheidsrelatie tussen twee actoren. De afhankelijkheid tussen actoren komt indirect tot stand door de meer directe afhankelijkheid van een netwerk waar men onderdeel van uitmaakt.

Bij het vaststellen van afhankelijkheidsrelaties (binnen netwerken) is het ook belangrijk om te kijken naar indirecte afhankelijkheden en de mate van afhankelijkheid tussen actoren, aangezien die kan verschillen (Salancik, 1986). Zo hoeven afhankelijkheidsrelaties niet altijd symmetrisch te zijn, maar kan de afhankelijkheid tussen twee partijen ook onevenwichtig zijn. Dit zal in de volgende paragraaf verder worden uitgewerkt.

Overeenkomsten ten grondslag aan de uitwisseling

Bij de beschrijving van de afhankelijkheidsrelaties maken Levine en White (1960) onderscheid tussen interorganisationale relaties tussen organisaties binnen een 'lokaal' gezondheidszorgsysteem en interorganisationale relaties buiten dit directe 'netwerk'. Pfeffer en Salancik (2003:63) onderscheiden ook verschillende omgevingsniveaus:

- Het eerste niveau betreft het gehele systeem van onderling verbonden individuen en organisaties;
- Het tweede niveau betreft de set van individuen en organisaties waarmee de organisatie directe interactie heeft. Dit is het niveau waarop de organisatie zijn omgeving kan waarnemen;
- Het derde niveau betreft de 'gekende omgeving'. Dit is de omgeving zoals de organisatie die ervaart en waardeert. Dit betreft de waardering van de afhankelijkheidsrelaties door de organisatie zelf.

De afhankelijkheden die bestaan tussen actoren leiden tot interacties en uiteindelijk tot patronen van relaties. Een netwerk wordt gevormd door een patroon van relaties en interacties tussen wederzijds afhankelijke actoren. Klijn (1996:93) definieert een netwerk als "min of meer stabiele patronen van sociale relaties tussen wederzijds afhankelijke actoren die zich formeren rondom beleidsproblemen en/of clusters van middelen en die worden gevormd, in stand gehouden en veranderd door reeksen van spelen." De autonomie van de actoren is daarmee relatief en ingebed in structuren (Sol, 2000; Klijn In: Kickert et al., 1997:30).

De relatiepatronen kunnen worden beschreven aan de hand van de regelmatigheid van communicatie en interacties. Dit kan worden beschreven aan de hand van de frequentie van de interactie; de directheid van de interactie en het belang dat wordt gehecht aan de interactie (centrality) (Klijn, 1997:32).

Daarnaast kan er gekeken worden naar geformaliseerde organisationele arrangementen (adviesraden, etc.) Daarbij wordt gekeken naar de interactie die binnen deze arrangementen plaatsvindt en de positie van de verschillende actoren daarin (Klijn, 1997:32).

Tot slot moet ook het institutionaliseringsproces worden meegenomen wanneer naar relatiepatronen wordt gekeken. Dit betekent dat wanneer actoren over een langere periode met elkaar in interactie zijn, er regels worden gecreëerd die het gedrag en de middelenverdeling reguleren (Klijn, 1997:33). Wassenberg (1980:22) maakt daarbij het onderscheid tussen de objectieve structuur van onderlinge betrekkingen (de structuur) en het patroon van gegroeide verstandhoudingen tussen afhankelijke organisaties (de cultuur). Naast formele, geplande structuren en patronen van relaties tussen mensen, groepen en organisaties, moet echter ook gekeken worden naar de ongeplande, informele netwerken (Kickert, 1991).

Op de verschillende markten in de Nederlandse gezondheidszorg zijn de afhankelijkheidsrelaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars redelijk gelijkwaardig. Ze hebben elkaar nodig om hun functies binnen de gezondheidszorg te kunnen vervullen. Bilaterale contacten kunnen worden besproken in termen van symbiotische afhanke-

lijkheid. Naast de bilaterale afhankelijkheidsrelaties tussen de verschillende partijen, bestaan er ook allerlei netwerken om tot afstemming te komen. De regionale afstemming en samenwerking heeft altijd een belangrijke plaats ingenomen in de structurering van de gezondheidszorg. Enerzijds heeft dit een zorginhoudelijke insteek. Met name de ontwikkeling van zorgketens is daar een voorbeeld van. Door de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders kan de overgang voor de patiënt zo soepel mogelijk verlopen en de continuïteit van zorg worden gegarandeerd. Daarnaast heeft de regionale afstemming ook meer een logistieke en bestuurlijke insteek. De zorgverzekeraar heeft daarbij een regierol. Enerzijds moet de verzekeraar er voor zorgen dat de beschikbare middelen op een juiste manier worden ingezet. Anderzijds moet de verzekeraar er voor zorgen dat zorgaanbieders initiatieven met elkaar aangaan om de zorg voor de bewoners van zijn regio zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de bestaande zorgbehoeften (TK, 1998/1999, 26517, nr.1). De regiovisie is een voorbeeld van dit laatste. De regiovisie is een strategisch document waarin de plannen voor de inrichting van de gezondheidszorg in de regio worden geformuleerd (Van der Grinten, 2002). De regionale afstemming en samenwerking is enerzijds ingegeven door de bestuurlijke kaders, zoals geformuleerd door de overheid. Anderzijds gaan partijen ook op eigen initiatief multilaterale contacten aan om hun eigen taken te kunnen vervullen. De regionale samenwerkingsverbanden kunnen worden besproken in termen van pooled dependency.

De positie van de zorgvrager ten opzichte van de andere partijen is echter anders. De zorgvrager staat in veel gevallen meer indirect in relatie met andere actoren. Zo bestaat er tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder veelal geen directe ruilrelatie, omdat de financiering via de zorgverzekeraar gaat. Dit zorgt er voor dat de afhankelijkheidsrelaties ook minder goed te herkennen zijn. De zorgvrager beweegt zich echter niet alleen als individuele cliënt en/of verzekerde op de verschillende zorgmarkten. Ook als collectieve partij gaat de zorgvrager interacties aan met zorgverzekeraars, aanbieders en overheid. Deze interacties zijn wettelijk bepaald of van overheidswege sterk gestimuleerd, maar patiënten- en consumentenorganisaties worden ook in toenemende mate gevraagd om mee te praten in allerlei overleggen en mee te denken in beleidsprocessen (Huijsman & van Wijngaarden, 2001; Nederland & Duyvendak, 2004). In hun relaties met andere actoren wisselen zij met name informatie en kennis uit en dragen ze bij aan vaardigheidsverbetering.

De ontwikkelingen die plaatsvinden in het kader van de verschuiving van aanbodregulering richting vraagsturing zorgen er voor dat de rolverdeling tussen partijen minder afhankelijk wordt van institutionele arrangementen en meer afhankelijk zal zijn van de manier waarop zij hun handelen afstemmen op hun omgeving. Interorganisatiele relaties worden belangrijker en de wijze waarop actoren met deze relaties omgaan gaat een grotere rol spelen.

4.4 Afhangelijkheid als basis voor strategisch handelen

4.4.1 Introductie

In de voorgaande paragrafen is inzicht gegeven in de context waarin actoren in de Nederlandse gezondheidszorg zich bewegen. Daarbij is de omgeving van de organisaties besproken aan de hand van (bestaande) instituties die het handelen van actoren structureren en de interorganisatiele afhankelijkheidsrelaties die organisaties binnen de institutionele context met elkaar aangaan. De afhankelijkheidsrelaties vormen netwerken van interacties tussen organisaties (Scharpf, 1997:39).

Binnen deze context van instituties en afhankelijkheidsrelaties streven actoren hun eigen doelstellingen na. Daarbij gaan ze strategisch om met de beperkingen en mogelijkheden die hun omgeving hun biedt. “Een strategie is een arsenaal van gedragingen waarbij bewust door organisaties ingespeeld wordt op de vrije ruimte, de overgangszone die het netwerk laat tussen onderlinge afhankelijkheid en onafhankelijkheid. Dat inspelen gebeurt op een selectieve manier, zoekend en tastend” (Wassenberg, 1980:22). De kern van vraagsturing is het sturen van het zorgaanbod door het vragersperspectief. Dit vraagt enerzijds om een versterking van de vraagzijde om daadwerkelijk invloed te kunnen uitoefenen en het vraagt anderzijds om een aanbodzijde die open staat voor de prikkels vanuit de vraagzijde (responsiviteit).

4.4.2 Omgaan met afhankelijkheid

Miles en Snow (1978 In: Zajac & Shortell, 1989) onderscheiden, mede op basis van onderzoek bij ziekenhuizen, vier typen van organisaties die bepaalde strategieën toepassen om hun eigen doelstellingen na te streven:

- *Prospectors*: organisaties die continu op zoek zijn naar nieuwe mogelijkheden;
- *Analyzers*: organisaties die zich bevinden in twee product-marktcombinaties. Een relatief stabiele omgeving en een veranderende omgeving. In de stabiele omgeving standaardiseren ze hun activiteiten en in de veranderende omgeving zijn ze alert en reageren ze snel op veranderingen;
- *Defenders*: deze organisaties hebben een smalle product-markt domein en zoeken niet verder naar nieuwe mogelijkheden;
- *Reactors*: dit zijn organisaties waarvan de managers wel veranderingen en onzekerheid ervaren in hun omgeving, maar ze zijn niet in staat om daar effectief op te reageren (Miles & Snow, 1978 In: Zajac & Shortell, 1989).

Deze indeling laat zien hoe organisaties in algemene termen omgaan met hun omgeving. Specifiek gericht op de afhankelijkheidsrelaties kunnen organisaties/actoren ook specifieke strategieën laten zien. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen strategieën die gericht zijn op het omgaan met afhankelijkheid van de omgeving en strategieën die gericht zijn op het beïnvloeden van organisaties die afhankelijk zijn.

Emerson (1962) omschrijft twee strategieën die actoren kunnen toepassen om om te gaan met afhankelijkheid: ‘cost reduction’ en ‘balancing operations’. Kostenreductie betreft een proces waarbij waarden (persoonlijk, sociaal of economisch) worden veranderd, zodat het minder kost om tegemoet te komen aan de eisen van de andere organisatie. Dit kan ook worden omschreven als het tegemoet komen aan eisen (compliance) en het aanpassen aan eisen (adaptation) (Pfeffer & Salancik, 2003). Hierbij verandert er in principe niets aan de afhankelijkheid. Pfeffer en Salancik (2003:94) geven aan dat het gewoonweg tegemoet komen aan de eisen van de omgeving, op de langere duur slecht zal zijn, omdat de organisatie zich dan te afhankelijk opstelt van haar omgeving. Daarnaast kan het er voor zorgen dat de organisatie zich minder goed kan aanpassen aan andere eisen vanuit de omgeving.

De tweede strategie van Emerson, ‘balancing operations’, verandert wel wat aan de afhankelijkheidsrelatie. Een actor (A) kan de afhankelijkheid van een organisatie (B) verminderen door het belang van de doelstellingen waaraan actor B bijdraagt te verminderen. Actor A kan echter ook alternatieve bronnen opzoeken, waardoor hij zijn doelstelling kan bereiken zonder afhankelijk te zijn van actor B. Actor A kan er ook voor zorgen dat actor B meer belang gaat hechten aan de relatie, waardoor de afhan-

kelijkheid gelijkwaardiger wordt, of zelfs doorslaat, waardoor actor B afhankelijker is van actor A dan andersom. Dit kan worden bereikt door actor B af te sluiten van alternatieve bronnen, waardoor actor B meer aangewezen is op actor A.

Het bijstellen van het belang van de doelstellingen door actor A kan worden omschreven als het terugtrekken van actor A uit de relatie. Scott (1992) omschrijft een soortgelijke strategie waarbij de organisatie zich afsluit van de omgeving om op die manier te ontkomen aan externe eisen. Organisaties kunnen bepaalde eisen negeren c.q. ontwijken door bijvoorbeeld geen communicatie aan te gaan met bepaalde belangengroepen. De mate waarin een organisatie het uiten van eisen door belangenorganisaties aanmoedigt of ontmoedigt is afhankelijk van de afhankelijkheid van de organisatie van die belangenorganisaties (Pfeffer & Salancik, 2003:98). Een andere methode om de invloed van de omgeving te beperken is door, als organisatie, zelf criteria op te stellen omtrent het tegemoet komen aan de eisen van belangengroepen. Pfeffer & Salancik (2003:99) geven als voorbeeld de arts-patiëntrelatie waarbij de medische standaarden bepalen in welke mate er is voldaan aan de zorgvraag van de patiënt.

Het vergroten van de afhankelijkheid van actor B ten opzichte van actor A kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd doordat actor A met andere actoren, die afhankelijk zijn van actor B, coalities aangaat, waardoor de twee zwakkere partijen samen een sterkere partij vormen. Pfeffer & Salancik (2003) en Scott (1992) bespreken het aangaan van allianties ook als strategie om afhankelijkheden te coördineren. Het aangaan van verbintenissen met andere organisaties biedt een aantal voordelen:

- Een relatie met een andere organisatie geeft inzicht in de activiteiten van die organisatie;
- Het zorgt voor een communicatiekanaal;
- Het zorgt voor commitment en steun vanuit de omgeving;
- Het zorgt voor legitimiteit (Pfeffer & Salancik, 2003:192).

Het aangaan van verbintenissen met andere organisaties vermindert tevens de onzekerheid en stabiliseert de uitwisselingen tussen de organisatie en haar omgeving (Pfeffer & Salancik, 2003:145).

De allianties die actoren met elkaar aangaan kunnen verschillende vormen aannemen: door coöptatie, kartelvorming, coördinerende raden, adviesraden, raden van bestuur, joint ventures, koepelorganisaties en het delen van sociale normen (Pfeffer & Salancik, 2003; Scott, 1992). In elk van deze situaties is sprake van gedeelde macht en sociale afspraken die er voor zorgen dat de wederzijdse afhankelijkheid wordt gecoördineerd en gestabiliseerd (Pfeffer & Salancik, 2003:144).

Het belang dat actor B hecht aan de (afhankelijkheids)relatie met actor A kan ook worden vergroot door actor A door actor B een hogere status te geven. Eerder werd al aangegeven dat legitimiteit een belangrijke reden is voor organisaties om allianties aan te gaan, omdat legitimiteit en reputatie van groot belang worden geacht. Wanneer de relatie van actor B met actor A het bestaansrecht en de legitimiteit van actor B vergroten, wordt de relatie met actor A belangrijker.

Tot slot geven Pfeffer & Salancik (2003:105-106) aan dat informatie en beeldvorming ook gebruikt kunnen worden om afhankelijkheid te beïnvloeden. De zichtbaarheid van het handelen en de handelingsvrijheid van een actor bepalen de mate waarin externe organisaties invloed kunnen uitoefenen. Hoe zichtbaarder het handelen van een organisatie is, hoe meer invloed externe organisaties kunnen uitoefenen. Het controleren van informatiestromen is dus ook een manier om externe invloed te

verminderen (Pfeffer & Salancik, 2003:105-106).

De bovenstaande strategieën hebben vooral betrekking op een afhankelijkheidsrelatie tussen twee actoren. Organisaties/actoren bevinden zich echter veelal in meerdere afhankelijkheidsrelaties. Dit betekent dat sterke invloeden van een andere externe organisatie de invloed van actor B kunnen verminderen. Op het moment dat er met veel externe organisaties afhankelijkheidsrelaties bestaan, ontstaan er formele interorganisationale mechanismen, zoals koepelorganisaties of kartels. Op het moment dat ook deze strategieën niet meer effectief zijn, omdat er sprake is van zoveel interveniërende afhankelijkheidsrelaties, dan kunnen organisaties ook trachten gebruik te maken van het overkoepelende sociale systeem door een beroep te doen op subsidies, beperkende wet- en regelgeving, etc. (Pfeffer & Salancik, 2003:175).

Verder zal de externe invloed op een organisatie ook afnemen door een competitieve omgeving. In zo een omgeving wordt het handelen van organisaties namelijk met name bepaald door concurrentie en niet zozeer door de eisen van een specifieke belangorganisatie (Pfeffer & Salancik, 2003).

In het streven naar een omslag van aanbodregulering naar vraagsturing worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars aangezet om zich te ontplooiën tot maatschappelijke ondernemers: particuliere organisaties die met de beschikbare publieke en private middelen proberen maatschappelijke doelen te realiseren met behulp van principes uit het bedrijfsleven (Van der Grinten, 2002).

Bij de rol van de zorgverzekeraar wordt ook gesproken over 'managed care'. Dit zijn activiteiten die gericht zijn op het beïnvloeden van de zorgverlening met als doel het evenwicht tussen toegang, kosten en kwaliteit van zorg te waarborgen. Verzekeraars gaan zich, onder invloed van de functionele decentralisatie en de introductie van marktwerking, steeds meer opwerpen als actieve medebepaler van onder andere doelmatigheid, kwaliteit en gebruik van gezondheidszorg (Breedveld, Boonekamp & Van der Grinten, 1993).

Zorgvragers worden op individueel niveau toegerust om als mondige burgers op te treden en op collectief niveau dient de zorgvrager als gesprekspartner te participeren in verschillende overlegvormen (Oudenampsen, 2000). Dit moet er toe leiden dat de actoren meer open staan voor de eisen die vanuit hun directe omgeving worden gesteld aan hun handelen en zich meer legitimeren voor de wijze waarop zij hun taken en rollen vervullen ten opzichte van de actoren waarvan zij direct afhankelijk zijn.

Vraagsturing wordt echter niet in een blanco context geïmplementeerd, maar in bestaande bestuurlijke verhoudingen (Putters, 2003). Dit zorgt ervoor dat actoren niet geheel vrij zijn in hun keuzes en handelingen (De Bruijn & Ten Heuvelhoff, 1997). Eisenberg (1997) werkt dit verder uit voor ziekenhuizen:

- Ziekenhuizen zijn sterk gereguleerd;
- Ze hebben een natuurlijke weerstand tegen ondernemerschap;
- Ziekenhuizen hebben een sterke paternalistische cultuur;
- Het traditionele medische model vormt het uitgangspunt voor interacties tussen hulpverleners en patiënten.

Geconfronteerd met concurrentie kiezen de meeste zorgaanbieders daarom liever voor verregaande samenwerking en fusies. Hierdoor is een trend van concentratie en schaalvergroting ontstaan die de keuzemogelijkheden van de zorgvragers frustreert en de machtsverhouding tussen gesprekspartners scheef trekt (Van Mil & Van Twist, 2001).

Daarnaast ervaren zorgaanbieders nog te weinig prikkels om aandacht te besteden aan doelmatige, kwalitatief hoogwaardige zorgverlening door het huidige systeem van vastgestelde prijzen en budgetten (Van Rijn In: Dooper, 2005).

Tot slot wordt sterk vastgehouden aan het medische model bij de zorgverlening. De zorgorganisaties slagen er onvoldoende in om het vraaggestuurde organisatie-model te vertalen naar het primaire proces (Putters, 2003). Zorgaanbieders en met name de professionals handelen nog sterk vanuit een medisch, ziekte-georiënteerd perspectief. Daarnaast hebben ze een paternalistische benadering in de besluitvorming omtrent de behandeling (Segal, 1998).

Toch beginnen zorgaanbieders in toenemende mate strategisch gedrag te vertonen. Daarbij kunnen de volgende strategieën worden onderscheiden:

- *Marktgericht ondernemen*, waarbij zorg wordt geleverd buiten de grenzen van de bestaande zorg;
- *Gemeenschapsgericht ondernemen*, waarbij zorgaanbieders onderling gaan samenwerken binnen de grenzen van de bestaande zorg;
- *Intern ondernemen*, waarbij de organisatie interne processen op gang brengt om de communicatie, transparantie en samenwerking binnen de organisatie te verbeteren (Putters, 2003).

Daarnaast is er onduidelijkheid over de daadwerkelijke rol(functie)- en verantwoordelijkheidsverdeling (Van der Grinten, 2002). Zo heeft de zorgverzekeraar in de huidige situatie moeilijk verenigbare taken. Hij moet publieke kosten beheersen, maar ook ondernemer zijn. Hij moet regisseren, maar ook onderhandelen. De zorgverzekeraar zou eigenlijk moeten opereren in een verzekeringsmarkt waarbij hij moet onderhandelen met de verzekerden die beschikken over keuzevrijheid. In de praktijk opereert de zorgverzekeraar op de zorgcontracteringsmarkt met de zorgaanbieder als tegenspeler. De marktinformatie is daarbij nog onvolledig en er is weinig keuzemogelijkheid door het monopolistische zorgaanbod. Dit maakt het tot nu toe erg moeilijk voor de zorgverzekeraar om zijn beoogde rol te vervullen (RVZ, 2000).

4.4.3 Afhankelijkheid als mogelijkheid ter beïnvloeding

Naast het feit dat organisaties strategieën ontwikkelen om om te gaan met afhankelijkheden, kunnen organisaties ook strategieën inzetten om de bestaande afhankelijkheden te gebruiken om andere organisaties te beïnvloeden. Emerson (1962) was de eerste die aangaf dat de macht c.q. invloed over een actor de andere kant van de medaille was van afhankelijkheid. Daarbij gaf Emerson aan dat de machtspositie van actor A ten opzichte van actor B alleen evident wordt op het moment dat actor A aanspraak doet op actor B en actor B iets doet dat tegenstrijdig is met zijn eigen belangen. De mate waarin een organisatie bereid is om in te gaan op controlepogingen door andere organisaties wordt door de volgende elementen beïnvloed:

- Het feit dat de organisatie zich bewust is van de eisen die worden gesteld;
- De organisatie ontvangt bronnen van de organisatie die de eisen stelt;
- De hulpbron is cruciaal of belangrijk voor de activiteiten die de organisatie onderneemt;
- De sociale actor heeft controle over de allocatie, de toegang of het gebruik van de hulpbronnen en alternatieve hulpbronnen zijn niet beschikbaar voor de organisatie;
- De organisatie heeft geen controle over de allocatie, toegang, of gebruik van bronnen die noodzakelijk zijn voor de sociale actor;

- De activiteiten en resultaten van de organisatie zijn zichtbaar en kunnen worden beoordeeld door de sociale actor om te bepalen of het voldoet aan de vraag c.q. eis;
- Het voldoen aan de eisen van de sociale actor zorgt voor de organisatie niet voor conflicten met andere actoren in de omgeving waar de organisatie ook afhankelijk van is;
- De organisatie heeft geen controle over de bepaling, formulering of uiting van de eisen van de sociale actor;
- De organisatie is in staat om activiteiten te ondernemen om tegemoet te komen aan de eisen van de omgeving;
- De organisatie heeft de behoefte om te overleven (Pfeffer & Salancik, 2003:44).

Het gedrag van actoren kan op verschillende manieren worden beïnvloed: 1) Door de actor (eenmaal of continu) te voorzien van hulpbronnen of juist te ontdoen van hulpbronnen. Dit heeft vooral betrekking op de omvang, de stroom en de functie van hulpbronnen. Het ontnemen of voorzien van hulpbronnen kan ook plaatsvinden door het veranderen van de omgeving waardoor hulpbronnen van een derde actor belangrijk worden voor de te beïnvloeden actor of juist niet meer van belang zijn; 2) Door een nieuwe actor te organiseren die het gewenste gedrag gaat ondernemen of de bestaande actor zo reorganiseren dat bepaald gedrag wordt gestimuleerd. Of door juist actoren te elimineren.¹ 3) Door actoren te motiveren c.q. te demotiveren door hulpbronnen in het vooruitzicht te stellen, of te dreigen hulpbronnen weg te nemen (Van Heffen & Kerkhoff, 1999).

De toepassing van de instrumenten wordt ingegeven door de context. Wanneer een organisatie bijvoorbeeld niet gemotiveerd is om een bepaalde activiteit te ondernemen en hij beschikt niet over de noodzakelijke hulpbronnen, dan is het afhankelijk van zijn waardering van de afwezige hulpbronnen of het zin heeft om de afwezige hulpbronnen te geven of om de 'onwillige' organisatie te (re)organiseren. Wanneer een organisatie geen belang hecht aan de hulpbronnen dan heeft het weinig zin om die hulpbronnen in het vooruitzicht te stellen en kan beter bedreigd worden met het introduceren van een nieuwe actor of het reorganiseren van de niet-gemotiveerde actor.

Daarnaast kunnen de instrumenten direct worden toegepast op de hulpbronnen die noodzakelijk zijn om de gewenste activiteiten te ondernemen, maar de instrumenten kunnen ook worden toegepast op hulpbronnen die niet direct van belang zijn voor de gewenste activiteiten, maar die voor de te beïnvloeden actor wel van belang zijn voor andere activiteiten. Tot slot kunnen de instrumenten ook worden toegepast op de hulpbronnen van een andere actor waarvan de te beïnvloeden actor afhankelijk is. Deze derde actor kan dan de te beïnvloeden actor dwingen de gewenste activiteiten te ondernemen (Van Heffen & Klok, 1997).

Bij de ontwikkeling van vraagsturing is het met name de zorgvrager die gebruik moet gaan maken van verschillende strategieën om de aanbodzijde te beïnvloeden. Patiëntenorganisaties vervullen daartoe verschillen taken. Enerzijds richten ze zich daarbij op het versterken van de positie van de individuele patiënt ten opzichte van het zorgaanbod en anderzijds op het beïnvloeden van aanbieders, verzekeraars en overheid. Op regionaal niveau zijn met name de Regionale Patiënten- en Consumenten Platforms (RCP's) actief. Zij hebben het volgende takenpakket:

- Stimuleren en coördineren van gemeenschappelijke belangenbehartiging van gebruikers op het terrein van de gezondheidszorg;
- Ondersteunen in de meest brede zin van patiënten- en consumentenorganisaties in de regio bij hun werkzaamheden;

- Verzamelen en beschikbaar stellen van informatie over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg aan patiënten en consumenten en hun organisaties;
- Maken van concrete afspraken over samenwerking en afstemming van werkzaamheden met in andere regio's werkzame patiënten- en consumentenplatforms, alsmede met plaatselijke, subregionale, provinciaal en landelijk werkzame organisaties ter zake;
- Klachtenopvang (Geraets, 2001:12).

De patiënten- en consumentenorganisaties zijn echter nog een onvoldoende sterke partij (Huijsman & Van Wijngaarden, 2001). Hiervoor zijn een aantal redenen te noemen:

- De betrokkenheid van de achterban is gering;
- De samenwerking tussen de verschillende cliëntenorganisaties is niet optimaal. De zorgvragers zijn op uiteenlopende wijze georganiseerd en er is sprake van een grote diversiteit;
- Patiëntenorganisaties hebben een kennisachterstand doordat het veld zich snel ontwikkelt en de patiëntenorganisaties de benodigde deskundigheid missen;
- De patiëntenorganisaties zijn sterk afhankelijk van de inzet en commitment van vrijwilligers (Van Milt & Van Twist, 2001).

Een ander probleem dat in de literatuur wordt genoemd is het feit dat de financiering van de patiënten- en consumentenorganisaties landelijk is vormgegeven via het patiëntenfonds, waar de RPCP's geen gebruik van mogen maken. Door decentralisatie komt de besluitvorming echter steeds meer op regionaal niveau te liggen (Oudenampsen, 2000). Een laatste argument dat wordt genoemd voor de relatief zwakke positie van de zorgvragersorganisaties is de keuze van de patiëntenorganisaties om zich met name als gesprekspartner te profileren en te weinig als een sterke, kritische partij met eigen doelstellingen (de luis in de pels functie) (Nederland & Duyvendak, 2004).

De bespreking in deze paragraaf laat zien dat het strategisch omgaan met de afhankelijkheidsrelaties in de omgeving nog in de kinderschoenen staat. Enerzijds komt dit doordat rollen en verantwoordelijkheden nog onvoldoende uitgekristalliseerd zijn. Dit zorgt er voor dat afhankelijkheidsrelaties nog niet helder zijn en partijen geneigd zijn om zich te oriënteren op bestaande verhoudingen. Verder is er nog sprake van een onvoldoende 'level-playing field' wat met name negatief uitwerkt voor de zorgvragers. De zorgvragers zijn nog onvoldoende toegerust om daadwerkelijk invloed uit te kunnen oefenen op de andere partijen. Daarnaast zijn de traditionele verhoudingen tussen aanbieders, verzekeraars en overheid nog te sterk verankerd, wat het voor patiëntenorganisaties moeilijk maakt om bestaande relaties open te breken.

4.5 Conclusie

In hoofdstuk drie zijn drie perspectieven op vraagsturing beschreven. De wijze waarop en de mate waarin deze perspectieven invulling krijgen wordt beïnvloed door de context waarin vraagsturing wordt geïmplementeerd, ofwel door de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. De invloed van de Nederlandse gezondheidszorg op de betekenis van vraagsturing kan aan de hand van een aantal factoren inzichtelijk worden gemaakt:

de kenmerken van het primaire proces; de institutionele context; de interorganisatorische relaties tussen de actoren in de Nederlandse gezondheidszorg; en het strategische gedrag van deze zelfde actoren.

De kenmerken van het primaire proces laten zien dat in de gezondheidszorg de zorgvrager onderdeel van het productieproces is, omdat de zorg een vorm van dienstverlening is. De kenmerken van de zorgvraag en de zorgvrager zijn van invloed op het verloop van het primaire proces en de uiteindelijk geleverde zorg vormt het resultaat van een interactie tussen vraag en aanbod. Dit betekent dat de kenmerken van de zorgvraag en de zorgvrager ook van invloed zijn op de mogelijkheden van vraagsturing. Zo wordt verondersteld dat chronisch zieken beter in staat zijn om hun eigen belangen te behartigen, omdat zij, in tegenstelling tot kortdurend zieken, ervaringsdeskundigheid opbouwen tijdens hun lange ziekteproces.

De technische complexiteit van het primaire proces heeft ook invloed op de organisatie en levering van zorg. De curatieve zorg is veelal technisch complexer dan de zorg in de care-sector. Dit zorgt er voor dat de zorgprofessional, met name de medische specialist, een centrale rol in de organisatie inneemt. De technische complexiteit is ook van invloed op de mogelijkheden van vraagsturing. Zo creëert het onder andere informatieasymmetrie tussen de zorgvrager en de professional, die de zorgvrager een afhankelijke positie geeft.

Het primaire zorgverleningsproces bevindt zich in de bredere context van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg in Nederland is grotendeels een publieke sector. Dat betekent dat formele wet- en regelgeving, maar ook maatschappelijke normen en waarden van grote invloed zijn op de organisatie van de gezondheidszorg.

Het geheel aan instituties (formeel en informeel) structureert het handelen van actoren. In Nederland is er altijd sprake geweest van een sterke wederzijdse afhankelijkheid tussen publieke en private actoren. Dit betekent dat de gezondheidszorg vorm krijgt in de interactie tussen overheid en veldpartijen, waarbij er sprake is van een wisselwerking tussen instituties en betrokken actoren.

Instituties bepalen mede de netwerken en 'het spel' waar actoren zich in bevinden en bepalen ook tot op bepaalde hoogte welke actoren op welke wijze met elkaar in interactie zijn. In de Nederlandse gezondheidszorg bewegen actoren zich op drie deelmarkten: de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Wet- en regelgeving bepalen de posities van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers en overheid ten opzichte van elkaar en de wijze waarop ze met elkaar omgaan. Veranderende maatschappelijke normen en waarden en een toenemende spanning tussen de institutionele context en de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg zorgen echter voor endogene en exogene problemen die bestaande instituties onder druk zetten en leiden tot institutionele veranderingen.

Het is binnen de veranderende institutionele context waar actoren relaties met elkaar onderhouden. De instituties bepalen het karakter van de onderlinge relaties gedeeltelijk, maar daarnaast gaan actoren ook relaties met elkaar aan vanwege (ervaren) afhankelijkheid. Deze afhankelijkheden hebben betrekking op hulpbronnen die actoren nodig hebben om hun doelstellingen te bereiken. De afhankelijkheidsrelaties nemen verschillende vormen en waarden aan en hebben betrekking op verschillende hulpbronnen. Actoren proberen de afhankelijkheidsrelaties te coördineren en te beïnvloeden. Enerzijds om de afhankelijkheid en de daaraan gerelateerde onzekerheid te beperken en anderzijds om de afhankelijkheden te gebruiken om de andere actor zodanig te beïnvloeden dat de eigen doelstellingen worden bereikt. De introductie van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg heeft geleid tot een heroriëntatie op de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken actoren. Vraagsturing krijgt daarnaast ook betekenis door de invloed van afhankelijkheidsrelaties op het (strategisch) handelen van actoren. Met name de rol van het zorgvragersperspectief in

deze afhankelijkheidsrelaties is voor de betekenis van vraagsturing van belang. De hierboven beschreven dynamische context van de Nederlandse gezondheidszorg vormt het toneel waarop het spel van 'vraagsturing' gespeeld wordt. In de volgende hoofdstukken zal aan de hand van de uiteengezette theoretische concepten het overheidsbeleid en de praktijk van de gezondheidszorg aan een nader onderzoek worden onderworpen. In hoofdstuk vijf zal aandacht worden besteed aan het Nederlandse overheidsbeleid met betrekking tot de gezondheidszorg, als een belangrijke context voor het handelen van de actoren.

Voetnoten

- ¹ Bij het creëren van een nieuwe actor kan men bijvoorbeeld denken aan het introduceren van concurrentie. Het zal duidelijk zijn dat er sprake moet zijn van een aanzienlijke machtsafhankelijkheidsverhouding om een actor te organiseren, reorganiseren.

5 Vraagsturing in het Nederlandse zorgbeleid

5.1 Inleiding

De opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg is het resultaat van bredere maatschappelijke ontwikkelingen en meer specifieke ontwikkelingen in de (vraag naar) gezondheidszorg. Burgers zijn gemiddeld hoger opgeleid, beter geïnformeerd en daardoor beter in staat hun eigen belangen te articuleren en na te streven. Daarnaast zorgen culturele diversiteit en de groeiende individualisering in de samenleving voor een groeiende vraag naar diensten en producten op maat die tegemoet komen aan de individuele wensen en behoeften van de gebruiker. Deze maatschappelijke ontwikkelingen werken ook door in de gezondheidszorg en worden versterkt door demografische ontwikkelingen die leiden tot een toenemende chronische zorgvraag onder de bevolking. Het overheidsbeleid incorporeert deze veranderingen. Tegelijkertijd is er sprake van een veranderende sturingsvisie, waarbij verantwoordelijkheden niet alleen worden gedecentraliseerd naar lagere overheden, maar taken ook worden gedelegeerd naar private actoren. Vraagsturing, waarbij de regie van de zorgvrager centraal staat, past goed in deze veranderende sturingsvisie.

In de Nederlandse gezondheidszorg is sprake van een publiek-private afhankelijkheid. De overheid bevindt zich in een afhankelijkheidsrelatie met private zorgpartijen voor het vervullen van de grondwettelijke zorgplicht. De private partijen zijn op hun beurt afhankelijk van de overheid, omdat zij binnen het publieke systeem functioneren en hun producten afzetten. Het overheidsbeleid heeft daarom, ondanks het pluricentrische sturingsmodel, een duidelijke structurerende werking in de Nederlandse gezondheidszorg. In dit onderzoek is het overheidsbeleid, als (potentieel) beïnvloedende factor op het handelen van actoren in de gezondheidszorg, geplaatst onder de institutionele context. Het eerste deel van het empirisch onderzoek is gericht op een nadere verkenning van het overheidsbeleid als de institutionele context waarin de zorgvernieuwingstrajecten, die het tweede deel van het empirisch onderzoek vormen, vorm krijgen. In dit hoofdstuk zal verslag worden uitgebracht van de verkenning van het gezondheidszorgbeleid van de Nederlandse overheid, en meer specifiek, de betekenis die vraagsturing in dit beleid krijgt.

In de deelvragen die leidend zijn voor dit onderzoek wordt aandacht gevraagd voor de opkomst van vraagsturing (hoe kan de opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg worden begrepen?), de definitie van vraagsturing (hoe wordt vraagsturing gedefinieerd?) en de vormgeving van vraagsturing (welke factoren beïnvloeden de vormgeving van vraagsturing in de context van de Nederlandse gezondheidszorg?; Op welke wijze wordt er in de praktijk vormgegeven aan vraagsturing?). In dit hoofdstuk zullen deze aspecten in het kader van de Nederlandse gezondheidszorg worden besproken.

Tot slot zal het Nederlandse gezondheidszorgbeleid worden gepositioneerd ten opzichte van de drie perspectieven op vraagsturing: het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief.

5.2 Opkomst van vraagsturing in het Nederlandse overheidsbeleid

5.2.1 Introductie

Net als in veel andere Westerse landen heeft er in Nederland een heroriëntatie plaatsgevonden met betrekking tot de aansturing van de verzorgingsstaat in zijn geheel en de gezondheidszorg in het bijzonder. Het overheidsbeleid laat een spanningsveld zien tussen concurrentie/vrijheid van handelen en regulering/beheersing. De structuurnota van Hendriks (1974), het advies van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker) (1987), uitgewerkt in het Plan van staatssecretaris Simons (1990), en de nota 'Vraag aan bod' (2001) vormen de 'bakens' in de jarenlange ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid. Centrale elementen daarbij zijn steeds:

- De sturing en verantwoordelijkheidsverdeling;
- De reikwijdte en organisatie van verzekeringen;
- De financiering van de zorg.

De structuurnota van Hendriks (1974) wordt gezien als een eerste aanzet om meer grip op de gezondheidszorg te krijgen. Wettelijke regelingen, tariefsystemen en honoreringssystemen moeten zorgen voor een beheersbare, doelmatige en op elkaar afgestemde gezondheidszorg onder centrale regie van de overheid. Binnen deze randvoorwaarden moeten democratisering en regionalisering de betrokkenheid van alle partijen bij de organisatie van de zorg op alle niveaus waarborgen.

In de jaren tachtig en negentig blijft de nadruk liggen op kostenbeheersing en daarmee beheersing van het aanbod van zorg (Van der Grinten & Vos, 2004).

Het advies van de commissie Dekker (commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987) vormt een breuk door centrale structurering niet langer als oplossing voor bestaande knelpunten te zien, maar de markt als alternatieve vorm van regulering te introduceren. Uiteindelijk moeten binnen een systeem van marktordening (concurrentie) en centrale ordening (overheidssturing) samenwerkingsverbanden tussen de verschillende partijen leiden tot flexibiliteit en doelmatigheid. De balans tussen overheidssturing, zelfregulering en competitie vormen vanaf het advies van de commissie Dekker een leidend principe voor het overheidsbeleid.

In de nota 'Verandering verzekerd' (TK, 1987-1988, 19945, nrs.27-28) onderschrijft het kabinet grotendeels de ideeën van de commissie Dekker en in de nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' (Plan Simons) (TK, 1989-1990, 21545, nr.2) worden de ideeën van de commissie Dekker voortgezet. Het Plan Simons is echter vastgelopen. Een onderzoek van de commissie Willems geeft aan dat het plan van staatssecretaris Simons is vastgelopen door de volgende factoren:

- Er was een gebrek aan 'sense of urgency' waardoor er te weinig draagvlak was voor een grondige stelselherziening;
- De discussie over de herziening van het verzekeringsstelsel ontwikkelde zich tot een meer fundamentele discussie over de grenzen tussen staat en markt;
- Bestaande inkomensverhoudingen en de collectieve lastendruk mochten niet negatief beïnvloed worden door de uitvoering van de plannen, maar de technische uitvoering, waaronder de risicoverevening waren nog onvoldoende uitgewerkt om dat te garanderen;
- De bestuurlijke voorwaarden om in korte tijd een verandering door te voeren waren niet aanwezig. De overheid had te weinig handelingsmacht;

- Tot slot wilde de zorgverzekeraars dat een groter financieel risico van hun kant gepaard zou gaan met meer handelingsvrijheid, maar de overheid was nog niet bereid om aanbodregulering vergaand terug te draaien, omdat ze daarmee de kosten in de hand wilden houden (Kasdorp, 2004; Schut, 2003).

Na het mislukken van het Plan van staatssecretaris Simons is de overheid op meer incrementele wijze verder gegaan, waarbij de ideeën van de commissie Dekker nog wel steeds leidend zijn. Binnen het algemene kader van budgettering wordt steeds meer toegewerkt naar gedeelde verantwoordelijkheid en decentralisatie richting het regionale en het lokale niveau (Van der Grinten & Kasdorp, 1999a). Het risicovereveningssysteem wordt langzaam verbeterd, de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt verzaamd, verzekerden mochten jaarlijks vrij kiezen tussen verzekeraars (vanaf 1997), een mededingingswet wordt ingevoerd (1998) om marktwerking te stimuleren en een nieuw bekostigingssysteem wordt voorbereid waarbij werd toegewerkt naar een meer transparante en reëlere prijsbepaling (de Diagnose Behandel Combinaties) (Schut, 2003).

In 2001 verschijnt de nota ‘Vraag aan bod’ die na een lange periode weer een veelomvattend plan introduceert voor de ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg. De nota geeft aan dat er in de gezondheidszorg nog steeds geworsteld wordt met de problemen, zoals die worden aangegeven in eerdere nota’s. De volgende knelpunten worden genoemd:

- Beperkte keuzemogelijkheden;
- Onvoldoende samenhang;
- Gebrekkige aansluiting van het aanbod op de vraag (kwalitatief en kwantitatief).

De knelpunten nemen volgens het kabinet toe door maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen, zoals de veroudering van de bevolking, de verandering van het zorgaanbod, de toename van goed geïnformeerde patiënten en het beschikbaar komen van voorspellende medische informatie. Gezien deze feiten wordt een vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk geacht. Deze vernieuwing moet zich langs twee sporen voltrekken:

1. Herziening van de sturing van de zorg, door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien;
2. Aanpassing van het verzekeringsstelsel, door:
 - a. De duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door een algemene verzekering curatieve zorg;
 - b. Deze nieuwe algemene verzekering en de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten integreren.

Het eerste spoor krijgt onder andere vorm in de trajecten ‘modernisering AWBZ’ en ‘modernisering curatieve sector’. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is van mening dat er sprake moet zijn van een vernieuwde rolverdeling tussen de partijen in de gezondheidszorg. Het uitgangspunt dat hierbij wordt gehanteerd is dat de publieke belangen in de gezondheidszorg geborgd blijven. Vanuit haar grondwettelijke plicht zal de overheid de kaders stellen om de toegankelijkheid van de noodzakelijke zorg van goede kwaliteit te waarborgen. Binnen deze kaders hebben de partijen meer dan nu de mogelijkheid om activiteiten te ontplooiën. “Door een passend systeem van ‘checks and balances’ moeten deze partijen elkaar er toe aanzetten om goede en doelmatige zorg tot stand te brengen die maximaal aansluit bij de wensen van burgers”(TK, 2000-2001, 27855, nr.2). Om een omslag van aanbodsturing naar

vraaggerichtheid te bewerkstelligen worden de volgende zes trajecten voorgesteld:

1. Meer concurrerende en klantgerichte verzekeraars;
2. Vergroting van de transparantie bij verzekeraars en zorgaanbieders;
3. Betere verantwoording door zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
4. Meer vrije prijsvorming;
5. Meer vrije investeringsbeslissingen;
6. Globalere kostenbeheersing (TK, 2000-2001, 27855, nr.2).

De nota 'Vraag aan bod' is niet alleen gebaseerd op top-down initiatieven van de overheid, maar komt ook voort uit een breder gevoel van onvrede over de huidige bestuurlijke vormgeving van de zorg en de toenemende kloof tussen de vraag en het aanbod van zorg. Dit betekent dat er, in tegenstelling tot de situatie rondom het Plan Simons, nu wel sprake is van een breed gedragen 'sense of urgency'. De veldpartijen vragen zelf ook om veranderingen (Maarse, 2001).

De modernisering van de AWBZ en de modernisering van de curatieve zorg vormen twee deeltrajecten van de grotere omslag richting vraaggestuurde zorg. Binnen deze twee trajecten worden binnen de specifieke context van het eerste (AWBZ) en het tweede (curatieve sector) compartiment veranderingen doorgevoerd, waarbij verantwoordelijkheden worden herverdeeld tussen overheid, verzekeraars, aanbieders en zorgvragers. In de volgende twee subparagrafen zal nader worden ingegaan op deze twee moderniseringstrajecten.

5.2.2 Modernisering van de AWBZ

De in 1999 uitgebrachte nota 'Zicht op zorg' (TK, 1998-1999, 26631, nr.1) vormt het plan van aanpak voor de modernisering van AWBZ. De doelstelling van de modernisering van de AWBZ is een zodanige opzet en uitvoering van de AWBZ dat binnen de beschikbare collectieve middelen:

- De cliënt met een zorgvraag centraal staat;
- Zorg op maat wordt geleverd;
- Vermaatschappelijking van de zorg wordt gestimuleerd;
- De doelmatigheid wordt bevorderd.

Daarbij wordt aangegeven dat de algemene toegankelijkheid, de gelijke behandeling, de solidariteit en de betaalbaarheid moeten worden gewaarborgd.

Op termijn moeten de contracteerplicht, de budgetgarantie en de toelating met bijbehorende capaciteitsbepaling plaats maken voor de functionele aanspraken, de indicatiestelling nieuwe stijl, de toelating, het regionale kader en de regiovisie (TK, 1998-1999, 26631, nr.1).

Binnen de AWBZ worden de volgende centrale actoren onderscheiden: de zorgvrager, het zorgkantoor, het indicatieorgaan, de zorgaanbieder en de overheid. Elk van deze actoren krijgt binnen de gemoderniseerde AWBZ een nieuwe rol, waarbij ze zich moeten concentreren op hun kerntaak, zodat de verantwoordelijkheidsverdeling helderder wordt.

De zorgvrager wordt gezien als een mondige burger die zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen situatie. Primair wordt dat als volgt ingevuld: zo lang mogelijk op eigen benen staan en zorgafhankelijkheid zo lang mogelijk voorkomen. Het indicatieorgaan is verantwoordelijk voor een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. Het zorgkantoor moet in de 'nieuwe' AWBZ, als uitvoerder van de verzekering, een spilfunctie voor zijn verzekerden vervullen. Het zorgkantoor

moet aanspraken op zorg verzilveren, zorg dragen voor voldoende zorg, zowel in kwantitatieve als kwalitatieve zin, en is verantwoordelijk voor een doelmatige en maatschappelijk verantwoorde besteding van middelen. Het zorgkantoor onderhandelt in het kader van zijn taken met de zorgaanbieders binnen de kaders van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) (maximum prijzen) en het regionale kader (zorgcapaciteit). Tot slot doet het zorgkantoor ook aan wachtlijstbeheer en registratie.

De zorgaanbieders moeten zich concentreren op het leveren van zorg op maat aan de zorgvragers. De zorg krijgt vorm in de relatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen zijn de Wet op de beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) van toepassing. Daarnaast moeten de zorgaanbieders beschikken over een erkenning om voor financiering vanuit de AWBZ in aanmerking te komen (TK, 1998-1999, 26631, nr.1).

Om uitvoering te geven aan het plan 'Modernisering AWBZ' worden drie implementatietrajecten onderscheiden (TK, 1998-1999, 26631, nr.1): 1) Het verstevigen van de Regionale Indicatie Organen (RIO's) en het zorgkantoor; 2) Het experimenteren in regio's binnen de in het plan van aanpak uitgezette koers; 3) Het aanpassen van het instrumentarium (wet- en regelgeving).

Naar aanleiding van het rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' van de MDW-werkgroep (Marktwerking, Deregulering en Wetgeving, 2000) worden daaraan de persoonsgebonden bekostigingsvormen toegevoegd (TK, 2000-2001, 26631, nr.10).

De implementatietrajecten hebben tot nu toe onder andere vorm gekregen door de volgende maatregelen:

- Een brede implementatie van het persoonsgebonden budget (PGB) (per 1 april 2003 is de PGB-nieuwe stijl ingevoerd);
- De introductie van een functioneel systeem van indiceren en bekostigen (het laatste alleen voor extramurale zorg) (per 1 april 2003), waarbij de zorg in functies wordt beschreven in plaats van producten dat leidt tot meer handelingsruimte voor zorgaanbieders;
- De introductie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), ter vervanging van de RIO's, om meer eenduidigheid in de indicatiestelling te bewerkstelligen (vanaf januari 2005);
- Het versterken van het verzekeringskarakter van de AWBZ. Dit betekent dat het zorgkantoor er zorg voor moet dragen dat de geïndiceerde zorg tijdig wordt geleverd, de vraag en het aanbod goed op elkaar zijn afgestemd en het zorgkantoor die zorg inkoopt die voldoet aan de wensen van de klant;
- Een vergroting van het zorgaanbod door middel van een functiegerichte toelating om de keuzemogelijkheden van de zorgvrager te vergroten (TK, 2004-2005, 26631, nr. 137).

5.2.3 Modernisering curatieve zorg

Het rapport 'Gedeelde zorg: Betere zorg' dat de commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie Biesheuvel) in 1994 uitbracht vormt het startpunt voor de modernisering van de curatieve sector. In reactie op dit rapport geeft het kabinet in de nota 'Curatieve zorg' (TK, 1994-1995, 23619, nr.4) aan dat (uiteindelijk) wordt beoogd dat de relaties tussen zorgverzekeraar, consument en zorgaanbieder gelijkwaardiger en evenwichtiger worden. In lijn met deze redenering worden in de loop der jaren in

samenspraak met de veldpartijen allerlei initiatieven ondernomen. Dit wordt uiteindelijk uitgewerkt in een viertal lijnen:

1. De curatieve zorgaanbieders worden beter toegerust om met zorgverzekeraars te onderhandelen. De overheid schept daartoe de voorwaarden;
2. De vraagkant van de curatieve sector, vertegenwoordigd door verzekerden en patiënten en (uit hun naam) de zorgverzekeraars, wordt versterkt. De consument/patiënt krijgt een sterkere positie en wordt zo gelijkwaardiger ten opzichte van de zorgaanbieder. De zorgverzekeraars worden toegerust om namens de verzekerden als risicodragende regisseurs in de curatieve zorg te kunnen optreden.
3. Door uitvoering van een dereguleringsprogramma krijgen de partijen in de zorgsector meer vrijheid van handelen. Dit geeft vooral de professionals in de zorgsector meer ruimte om aan hun verantwoordelijkheid vorm te geven. De eerste verantwoordelijkheid voor de zorg wordt aldus teruggegeven aan degenen die deze zorg ook daadwerkelijk uitvoeren: artsen, verpleegkundigen en paramedici.
4. Tegenover de vrijheid en verantwoordelijkheid die partijen krijgen, staat de noodzaak dat de overheid duidelijk verantwoordelijkheid neemt voor de publieke belangen die te allen tijde in de zorgsector moeten zijn gewaarborgd. Zij blijft verantwoordelijk voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van alle noodzakelijke zorg en ziet toe op de kwaliteit. Tevens dient de overheid het stelsel zodanig in te richten dat alle partijen prikkels tot doelmatigheid ondervinden. Dit betekent bijvoorbeeld dat er duidelijke normen en indicatoren worden ontwikkeld, aan de hand waarvan kan worden vastgesteld of deze belangen zijn geborgen (TK, 2000-2001, 23619, nr.18).

Hierbij worden de volgende verwachtingen uitgesproken over de rol van de verschillende betrokken actoren:

- De zorgvrager moet zich in een zelfstandige positie bevinden om te kunnen kiezen. Daartoe moet informatie beschikbaar zijn om goed te kunnen kiezen en er moeten ook daadwerkelijk keuzemogelijkheden zijn;
- De zorgverzekeraar vormt samen met de consument een duo. De zorgverzekeraar behartigt de belangen van zijn verzekerden en treedt namens de verzekerden op als regisseur van een regionaal passende organisatie van het zorgaanbod waarbij hij doelmatig zorg inkoopt;
- Van de zorgaanbieders wordt verwacht dat zij zich gedragen als maatschappelijke ondernemers, die zich controleerbaar opstellen, transparant zijn in hun handelen en toetsbaar in hun prestaties (TK, 2000-2001, 23619, nr.18 pag.22-23).

Als onderdeel van de modernisering van de curatieve sector is per 1 januari 2006 een verplichte standaardverzekering ingevoerd. In het toekomstige stelsel worden de belangrijkste verantwoordelijkheden en prikkels als volgt ingevuld (TK 2003-2004, 23619, nr.21 pag.3-4):

Verzekerden hebben in het nieuwe zorgstelsel via een nominale premie en eigen betalingen een direct financieel belang bij de ontwikkeling van hun zorgconsumptie. Verzekerden moeten zonder belemmeringen kunnen overstappen van de ene naar de andere zorgverzekeraar en kunnen kiezen uit polisvoorwaarden en zorgaanbieders. Deze keuzevrijheid geldt binnen de grenzen van de standaardverzekering.

De concurrentie om verzekerden en het dragen van risico bij het uitvoeren van de

standaardverzekering moet zorgverzekeraars stimuleren om zich in te zetten voor een adequate organisatie van de zorg, een doelmatige zorginkoop en een zo goed mogelijk aanbod van zorg. De zorgverzekeraars moeten voor hun verzekerden onderhandelen met de aanbieders van zorg. Deze rol van zorgverzekeraars wordt belangrijk geacht, omdat individuele verzekerden niet of nauwelijks zelfstandig kunnen onderhandelen met ziekenhuizen, huisartsen en andere aanbieders van curatieve zorg. De verzekerde kan op zijn beurt wel onderhandelen met zijn verzekeraar, door gebruik te maken van de mogelijkheid om van verzekeraar te veranderen.

De omvang, kwaliteit en kosten van de aangeboden zorg worden zichtbaar gemaakt. Aanbieders concurreren om hun zorg te mogen verlenen aan patiënten. De inkooprol van de verzekeraars en het stapsgewijs liberaliseren van deelmarkten in de zorg stimuleert zorgaanbieders om de prijs en kwaliteit van hun prestaties te verbeteren.

Het ministerie van VWS heeft bij de modernisering van de curatieve sector gekozen voor een deelmarkt-gewijze aanpak. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende deelmarkten: eerstelijnszorg; ambulancezorg; acute zorg; planbare (electieve) zorg; meer complexe topzorg en geneesmiddelenzorg. Er wordt verondersteld dat in elk van deze deelmarkten (gereguleerde) marktwerking in meerdere of mindere mate mogelijk is. Om gereguleerde marktwerking te introduceren worden de volgende maatregelen noodzakelijk geacht (TK, 2003-2004, 23619, nr.21):

- Deregulering van het toelaten, plannen en bouwen van instellingen en aanbod verruiming;
- Transparantie bekostigingssystemen en waar mogelijk vrije prijsvorming;
- Aanpassing van het verzekeringsstelsel. Hiertoe is in januari 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet geïntroduceerd;
- Betere (informatie-)positie van patiënten en verzekerden;
- Betere informatie en kennisuitwisseling;
- Minder administratieve lasten;
- Op marktwerking toegesneden regels en toezicht.

In het kader van de uitvoering van deze maatregelen zijn al meerdere initiatieven ondernomen, waaronder:

- De inwerkingtreding van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) per 1 januari 2006 om de toelating, planning en bouw van zorgvoorzieningen te dereguleren;
- De introductie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de curatieve sector als bekostigingssysteem om vrije prijsvorming en transparantie te bevorderen;
- De introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet in januari 2006, die de ziekenfondsverzekering en de particuliere zorgverzekering heeft laten opgaan in een basisverzekering.
- Om de informatievoorziening te verbeteren zijn prestatie-indicatoren geïntroduceerd die het mogelijk maken om het aanbod van zorg te beoordelen en te vergelijken.

5.2.4 Samenvatting

Net als in andere Westerse landen heeft er in Nederland een heroriëntatie plaatsgevonden met betrekking tot de aansturing van de gezondheidszorg. Het overzicht van beleidsnota's en moderniseringstrajecten laat het continue spanningsveld zien tussen regulering en beheersing door de overheid en zelfsturing en coördinatie door veldpar-

tijen. Toch lijkt de weegschaal nu definitief naar liberalisering van de gezondheidszorg te zijn doorgeslagen. De reorganisatie van de gezondheidszorg zou een oplossing moeten bieden voor de volgende problemen:

- Beperkte keuzemogelijkheden;
- Onvoldoende samenhang;
- Gebrekkige aansluiting van het aanbod op de vraag.

In de vernieuwing van het zorgstelsel komen maatschappelijke, demografische en medisch-technologische ontwikkelingen samen met de nieuwe sturingsvisie van de Nederlandse overheid. Er is altijd sprake geweest van een pluricentrisch sturingsmodel, gekenmerkt door wederzijdse afhankelijkheidsrelaties tussen private en publieke actoren. De vernieuwingen brengen echter een herverdeling van taken en verantwoordelijkheden met zich mee, waarbij de private actoren een meer centrale rol gaan vervullen en de overheid zich terugtrekt in een randvoorwaardenscheppende rol. Ook de zorgvrager, individueel en georganiseerd, heeft een nieuwe rol te vervullen. Rondom de modernisering van de AWBZ wordt gesproken over de zorgvrager die als mondig burger zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen situatie. In het moderniseringstraject van de curatieve sector wordt gesproken over een versterkte positie van de zorgvrager ten opzichte van de zorgaanbieder. De zorgvrager moet daarbij gebruik kunnen maken van keuzemogelijkheden. Daarnaast wordt de zorgverzekeraar gepresenteerd als partner van de verzekerde die namens zijn klanten de zorg inkoopt en als regisseur optreedt.

De zorgvrager krijgt door de heroriëntatie een steeds belangrijkere positie in de aansturing van de gezondheidszorg. In de volgende paragraaf zal meer worden ingezoomd op de veronderstelde rol en positie van de zorgvrager in de relevante beleidsnotities en adviesrapporten.

5.3 De vraagzijde in de beleidsontwikkeling

5.3.1 Introductie

Vraagsturing krijgt mede betekenis door het (hervormings)beleid van de Nederlandse overheid omtrent de gezondheidszorg. In de meeste verhandelingen over vraagsturing wordt het advies van de commissie Dekker (1987) gezien als het eerste beleidsdocument dat relevant is voor de ontwikkeling van vraagsturing. De commissie Dekker presenteerde gereguleerde marktwerking als nieuwe wijze van regulering voor de gezondheidszorg. De bespreking van het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief naast het economische perspectief (hoofdstuk twee en drie) hebben echter duidelijk gemaakt dat vraagsturing niet zondermeer gelijk gesteld kan worden aan marktwerking. Daarom zal de structuurnota van Hendriks (1974) het startpunt vormen van de verkenning van vraagsturing in het overheidsbeleid. De structuurnota wordt beschouwd als een eerste aanzet om de overheid meer grip te laten krijgen op de gezondheidszorg. Daarbij werd de betrokkenheid van alle partijen echter wel noodzakelijk geacht, inclusief de participatie van de burger c.q. patiënt (Oudenampsen, 1997).

5.3.2 De zorgvrager als partij in de stelselherziening

De ontwikkelingen in het algemene beleidsoverzicht uit de vorige paragraaf worden voorgesteld als een omslag van aanbodregulering naar vraaggerichte zorg. Daarbij hanteert het ministerie van VWS voor de begrippen vraagsturing en vraaggerichtheid

de definities van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ,1998):

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden” (TK, 1998-1999, 26631, nr.1).

In de structuurnota van Hendriks (1974), die streeft naar meer overheidsregulering in een door veldpartijen gedomineerde gezondheidszorg, wordt als een van de knelpunten van het gezondheidszorgsysteem naar voren gebracht dat de inspraak van de bevolking in de gezondheidszorg en in het functioneren van voorzieningen onvoldoende tot ontwikkeling is gekomen. Door op verschillende niveaus medewerkers en patiënten te betrekken bij de besturing van hulpverlenersorganisaties kan volgens de structuurnota van Hendriks meer uitdrukking worden gegeven aan de individualiteit en gelijkberechtigtheid van de patiënt.

In de nota ‘volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen’ (TK, 1983-1984, 18108, nr.1-2) en de ‘Nota 2000’ (TK, 1985-1986, 19500, nr.1-2-3) wordt de zelfstandigheid van de zorgvrager binnen de zorg verder uitgewerkt. De zorg moet zodanig georganiseerd worden dat de patiënt –gezien zijn of haar specifieke situatie- zoveel mogelijk zelfstandigheid behoudt. Daartoe wordt een ontwikkeling gestimuleerd van residentiële zorg en intramurale zorg richting poliklinische zorg en thuiszorg.

Net als de commissie Hendriks is ook de commissie Dekker (commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987) van mening dat een sterke betrokkenheid van veldpartijen, inclusief de zorgvrager, van groot belang is. Centrale sturing wordt daarbij echter niet langer als oplossing gezien. Primair wordt de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het gezondheidszorgsysteem bij de partijen in het veld gelegd. Voor de individuele zorgvrager moeten keuzemogelijkheden, kostenbewustzijn en eigen verantwoordelijkheid toenemen. Eigen bijdragen en eigen risico’s moeten zorgen voor een meer gepast gebruik van het zorgaanbod door de zorgconsument die tot dan toe weinig prijsbesef heeft door de verzekeringen. Om de positie van de zorgvrager te versterken wil de commissie Dekker (1987) dat de verzekeraars en de aanbieders (naast het ontwikkelen van strategisch gedrag ten opzichte van elkaar) ook meer gaan samenwerken in het kader van een gedeelde verantwoordelijkheid voor de organisatie van de gezondheidszorg. De verzekeraar moet daarbij optreden als intermediair tussen zorgaanbieder en zorgvrager. Daarnaast moet de verzekeraar ook bijdragen aan de instandhouding van de koepelorganisaties van de patiënten en consumenten. Volgens de commissie Dekker zal het werk van de patiënten- en consumentenorganisaties namelijk in belang toenemen, omdat ook zij moeten bijdragen aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid. De commissie beveelt aan verzekeren en patiënten- en consumentenorganisaties meer invloed te geven op het beleid en het functioneren van de verzekeraars en hun betrokkenheid daarbij te vergroten.

In de nota ‘Verandering verzekerd’ (TK, 1987-1988, 19945, nr.27-28) onderschrijft het kabinet grotendeels de ideeën van de commissie Dekker, ook wat betreft de versterking van de positie van de verzekerde/patiënt. De invulling van de betrokkenheid van patiënten- en consumentenorganisaties bij de organisatie van de verzekeraar, acht het toenmalige kabinet de verantwoordelijkheid van de verzekeraars zelf. De patiëntenorganisaties hebben volgens het kabinet ook een functie met betrekking tot de informatievoorziening over verzekeraars naar verzekerden toe.

In de nota 'Werken aan Zorgvernieuwing' (Plan Simons) (TK, 1989-1990, 21545, nr.1-2) worden de ideeën van de commissie Dekker voortgezet, ook wat betreft de positie van de patiënt. Het Plan Simons (1990) vraagt ook aandacht voor de positie van de 'zwakkere' patiënten die minder goed voor zichzelf op kunnen komen, zoals psychiatrische patiënten, zwakzinnigen, chronisch zieken en demente (hoog)bejaarden. In 1991 verschijnt er ook een aparte nota omtrent het chronisch ziekenbeleid (TK, 1990-1991, 22025, nr.1). In deze nota worden de volgende beleidsdoelstellingen geformuleerd:

- Het bevorderen dat chronische ziekten en de gevolgen daarvan door middel van preventie, verbetering van behandeling en palliatieve zorg, doeltreffend en doelmatig worden bestreden;
- Het stimuleren van een situatie waarin mensen met een chronische aandoening de kwaliteit van hun leven als beter ervaren;
- Het bevorderen van een leefbaarder maatschappelijk klimaat voor chronisch zieken (TK, 1990-1991, 22025, nr.1).

Wederom wordt er gesproken over het zelfsturend vermogen van de veldpartijen en de rol die patiëntenorganisaties hierbij kunnen vervullen. Volgens de nota zijn de patiëntenorganisaties nog onvoldoende in staat om als volwaardige gesprekspartner op te treden, daarom moeten aanvullende financieringsmogelijkheden beschikbaar komen. Als een van de actiepunten wordt aangegeven dat staatssecretaris Simons ziektespecifieke platforms wil oprichten.

Vraaggerichtheid vormt een apart uitgangspunt voor het chronisch ziekenbeleid. Er wordt aangegeven dat de behoeften van de patiënten een belangrijke input vormen voor de prioriteitenstelling van het beleid, maar dat dit wel gebeurt binnen de grenzen van de zorg. In de nota 'Kwaliteit van zorg' (TK, 1990-1991, 22113, nr.2) wordt verder ingegaan op de vraaggerichtheid van de zorg als kwaliteitsaspect, waarbij aspecten als bejegening, informatiebereidheid en zelfstandigheid van belang worden geacht.

In het advies van de commissie Keuzen in de Zorg (commissie Dunning, 1991) wordt meer de nadruk gelegd op de beperkingen die zullen moeten worden aangebracht bij eventuele marktwerking binnen de gezondheidszorg. De commissie Dunning (1991) geeft de zorgvrager in zijn advies - net als de commissies Dekker en Simons - een centrale rol, maar wel de rol van verantwoordelijke burger en zorggebruiker. De georganiseerde patiënten- en consumentenorganisaties zijn volgens de commissie Dunning (1991) bij uitstek degenen die ook keuzen in de zorg maken. Op het mesoniveau vormen deze organisaties de gesprekspartners van de instellingen en op het macroniveau zijn het de platforms van de patiëntenorganisaties die onderhandelingen aangaan met aanbieders en verzekeraars. De nota 'Modernisering zorgsector: Weloverwogen verder' (TK, 1991-1992, 22393, nr.20) gaat hier op door. De nota richt zich vooral op kostenbeheersing en doelmatigheid als doelstellingen voor de deregulering van de gezondheidszorg. Ook de rol van de individuele zorgvrager wordt in dat licht geplaatst. Er moet sprake zijn van solidariteit, maar de burger moet wel worden aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid en bewust worden gemaakt van de kosten van zorg door eigen risico en eigen betalingen.

In de nota 'Vraag aan bod' (2001) wordt geconcludeerd dat ondanks alle inspanningen in de voorgaande jaren het huidige zorgstelsel tot onvoldoende afstemming leidt tussen de vraag en het aanbod van zorg. Er zijn onvoldoende prikkels voor zorgaanbieders om te komen tot een kwalitatief hoogstaande, innovatieve, doelmatige en

vraaggerichte zorg (TK, 2000-2001, 27855, nrs.1-2).

Patiënten en verzekerden moeten zich kritisch opstellen ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. Verzekerden worden hiertoe geprikkeld door het betalen van een (deels) nominale premie en eventueel eigen bijdragen. Daarnaast zal het op een aantal deelmarkten mogelijk zijn om door middel van een persoonsgebonden budget, directe sturing door de zorgvrager mogelijk te maken.

Ook wordt aangegeven dat zorgvragers collectief kunnen optreden om meer marktmacht te genereren. Professionele zorgbemiddelaars kunnen daar eventueel bij helpen. De zorgverzekeraar moet optreden als belangenbehartiger van zijn verzekerden. In de moderniseringstrajecten van de AWBZ en de curatieve sector wordt aansluiting gezocht bij deze uitgangspunten.

5.3.3 De zorgvrager in de AWBZ en de curatieve sector

In de modernisering van de AWBZ wordt teruggerepen naar de uitspraken uit de nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (TK, 1983-1984, 18108, nr.1-2) en de 'nota 2000' (TK, 1985-1986, 19500, nr.1-2-3). Er wordt gesproken over de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen situatie, wat betekent dat de zorgvrager zo lang mogelijk op eigen benen moet staan en zorgafhankelijkheid zo lang mogelijk moet worden voorkomen. Hierbij wordt ook verwezen naar vier uitgangspunten voor een vraaggerichte benadering zoals geformuleerd door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF): 1) zelfbeschikking cliënt; 2) cliënt als burger; 3) individuele diversiteit; 4) rechtvaardige verdeling.

Op individueel niveau worden een goede rechtspositie en informatie noodzakelijk geacht voor een sterke positie van de zorgvrager. De patiënten- en consumentenorganisaties kunnen invloed uitoefenen op het aanbod van zorg. Daarbij worden vijf functies onderscheiden:

- De beoordelingsfunctie (visie ontwikkelen, kennis opbouwen, plannen beoordelen);
- De verbeterfunctie (kwaliteitstoetsing, toezien op verbeteringen);
- De transmissiefunctie (meebepalen en mede uitvoeren van de zorgvernieuwing);
- De informatiefunctie naar cliënten;
- De ondersteuningsfunctie van vertegenwoordigers.

Het wordt ook belangrijk geacht dat de verzekerden een rol krijgen in het zorgkantoor. Suggesties die hierbij worden gedaan zijn panels van cliënten en tevredenheidsonderzoeken. Ook patiënten- en consumentenorganisaties kunnen een rol spelen door betrokken te worden bij de bestuurlijke vormgeving van het de zorgverzekeraar. Uiteindelijk wordt in de implementatietrajecten met name gesproken over:

- Persoonsgebonden bekostiging;
- Flexibilisering en functioneel omschrijven van aanspraken en ontschotting;
- Ondersteunen van regionale patiënten- en consumentenorganisaties.

De in 1999 uitgebrachte nota 'Zicht op zorg' (TK, 1998-1999, 26631, nr.1) vormt het plan van aanpak voor de modernisering van AWBZ, waarbij elke betrokken partij (cliënt, zorgaanbieders, zorgkantoor, indicatieorgaan en overheid) zijn eigen verantwoordelijkheden heeft. In deze nota wordt ook expliciet de discussie gevoerd over de definities van vraagsturing en vraaggerichtheid in de gezondheidszorg. Daarbij worden de definities van de RVZ (zie 5.3.2) aangehaald en geconfronteerd met een aantal dilemma's, dat speelt in de gezondheidszorg: het dilemma tussen vraag naar

zorg en kostenbeheersing, schaarste versus zorgplicht en keuzevrijheid van de cliënt versus garantie van een minimale zorginfrastructuur. Uiteindelijk wordt geconcludeerd dat de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing niet makkelijk kan worden gemaakt, maar dat het systeem wel zo zal worden ingericht dat vraaggerichte zorg een ‘vanzelfsprekend’ gevolg is. Bij het implementeren van het nieuwe beleid worden een drietal trajecten onderscheiden:

1. Het verstevigen van de positie van de regionale indicatieorganen en het zorgkantoor;
2. Het experimenteren in regio's binnen de in het plan van aanpak uitgezette koers;
3. Het aanpassen van het instrumentarium (wet- en regelgeving).

In de nota ‘Actieplan zorg verzekerd’ (TK, 2000-2001, 27488, nr.1) wordt een kader geschetst waarbinnen de beleidsinspanningen zoals hierboven beschreven geplaatst moeten worden. De nota schetst daarbij twee uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het beleid van het ministerie van VWS:

- 1) Op korte termijn ervoor zorgen dat de noodzakelijke zorg voor iedereen binnen een redelijke termijn beschikbaar komt;
- 2) Op lange termijn de besturing en de financiering van de zorg zo aanpassen dat in de zorg een goede oriëntatie op de wensen en behoeften van patiënten en een flexibele uitvoering hand in hand gaan met een transparante en efficiënte bedrijfsvoering.

In de modernisering van de curatieve sector wordt de vraagzijde beschreven als de combinatie van zorgverzekeraars en zorgvragers. Er wordt aangegeven dat de consumenten in de curatieve sector een heterogene groep vormen. Voor elke categorie patiënten zal de inbreng anders zijn en ze zullen ook uiteenlopende eisen stellen aan de gezondheidszorg.

Er wordt ook gesproken over een onderscheid tussen consumenten en patiënten. Bij patiënten is sprake van een behartiging van specifieke belangen door patiëntengroepen, terwijl bij consumenten sprake is van behartiging van bredere, patiëntengroepen overstijgende, belangen ten opzichte van de zorg (TK, 2000-2001, 23619, nr.18). In het kader van de versterking van de positie van de zorgvrager wordt vooral gesproken over de maatschappelijke ontwikkelingen en de rechtspositie van de zorgvrager.

In ‘Zorg met toekomst’ (VWS, 2001) wordt een verkenning uitgevoerd om toekomstige ontwikkelingen te schetsen en beleidsvraagstukken in beeld te brengen die een rol kunnen spelen bij de daaropvolgende kabinetsformatie. Met betrekking tot ‘vraagsturing’ wordt in deze verkenning wederom aandacht geschonken aan de grenzen van dit concept, waarbij de vraag centraal staat: ‘Moet alles wat kan?’ Volgens het rapport moet bij de verdere vormgeving van het verzekeringsstelsel een balans gevonden worden tussen de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de solidariteit tussen burgers.

5.3.4 Constructie van de zorgvrager

In de chronologische bespreking van de verschillende rapporten en nota's kan een ontwikkeling van de rol van de zorgvrager worden afgeleid. Hendriks (1974) legt met name de nadruk op burgerlijke betrokkenheid. Door de participatie van patiënten op allerlei niveaus kan de individualiteit van de patiënt gewaarborgd blijven. Dit klopt ook met de maatschappelijke ontwikkelingen uit die tijd. De patiëntenbeweging kwam in de jaren zeventig en tachtig op, juist om verantwoordelijkheid te claimen en

om de patiënt niet langer als passief object te beoordelen, maar als een volwaardige burger die streeft naar maatschappelijke participatie. In de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' wordt de zelfstandigheid van de patiënt ook benadrukt, waarbij de zorg ondersteunend moet zijn voor het zelfstandig functioneren van de zorgvrager.

In latere adviezen wordt meer gesproken over de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager. Deze eigen verantwoordelijkheid heeft enerzijds betrekking op het zelf nastreven van de bevrediging van de eigen behoeften, maar anderzijds heeft eigen verantwoordelijkheid ook betrekking op het bewust omgaan met collectieve middelen. Met het rapport van de commissie Dekker (1987) wordt niet langer gesproken over gedeelde verantwoordelijkheden, maar over rechten en soevereiniteit. Dit richt zich met name op de positie van de individuele zorgvragers. Daarbij wordt ook de rol van de zorgvrager steeds meer als rationele en kritische consument omschreven.

In de bespreking van de rol van de zorgvrager wordt ook onderscheid gemaakt naar verschillende 'soorten' patiënten. Zo wordt aangegeven dat niet alle patiënten in staat zijn om zelfstandig te functioneren. Tevens wordt expliciet aandacht gevraagd voor chronische patiënten.

In het traject 'Modernisering AWBZ' wordt vooral de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager voor zijn eigen situatie benadrukt. De zorgvrager moet zolang mogelijk op eigen benen staan en de geboden zorg moet dit ondersteunen. Hierbij wordt de individuele zorgvrager aangeduid als burger. In het traject 'Modernisering curatieve sector' daarentegen wordt vooral de rol van consument benadrukt.

De nota's die zich richten op het algemene gezondheidszorgbeleid laten zien dat er een aantal potentiële spanningsvelden zijn. De rol van de individuele zorgvrager wordt enerzijds versterkt om zich als sterke, goed geïnformeerde consument op de zorgmarkt te begeven en actief zijn eigen belangen na te streven. Anderzijds moet de individuele zorgvrager verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen gezondheidszorgsituatie en zo lang mogelijk zelfstandigheid nastreven en doelmatig gebruik maken van de zorg die uit publieke middelen wordt gefinancierd. De patiëntenorganisaties moeten de individuele zorgvrager bij zijn rol als kritische consument ondersteunen, maar daarnaast moeten ze ook gesprekspartner worden van de traditionele veldpartijen: de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de overheden. Ook de zorgverzekeraars hebben een dubbele rol. Enerzijds worden de zorgverzekeraars gezien als belangenbehartiger voor de verzekerden op de zorginkoopmarkt en als regisseur op regionaal niveau om de zorg te coördineren. Met name in de modernisering van de curatieve sector wordt deze rol benadrukt. Anderzijds moet de zorgverzekeraar zich steeds meer ondernemend opstellen, meer bedrijfsrisico lopen en concurreren om de gunsten van de zorgvragers/zorgverzekerden.

Een laatste potentieel spanningsveld is de verantwoordelijkheid voor de versterking van de positie van de zorgvrager. In eerste instantie neemt de overheid deze taak op zich, maar verschuift dan de verantwoordelijkheid richting de veldpartijen.

In principe kunnen de verschillende aanspraken op de verschillende actoren samengaan, maar daarbij moeten wel waarborgen gecreëerd worden, zodat de dubbelrollen van de actoren niet leiden onverenigbare belangen.

5.4 Specifiek patiënten- en consumentenbeleid

5.4.1 Introductie

In de algemene beleidsnota's die het complete beeld schetsen van de ontwikkelingen, zoals die zich voordoen in het beleid van de drie compartimenten, wordt de positie

van de zorgvrager als onderdeel van het bredere geheel besproken. Termen als vraagsturing en vraaggerichtheid worden veelvuldig gebruikt, maar slechts summier uitgewerkt in hun implicaties voor de positie van de zorgvrager en het patiëntenperspectief. Naast het algemene gezondheidszorgbeleid is echter ook een apart patiëntenbeleid opgezet. Dit beleid zal in de paragraaf worden besproken.

5.4.2 De zorgvrager als onderwerp van beleid

In 1981 verschijnt de eerste nota die specifiek gericht is op het patiëntenbeleid (Nota patiëntenbeleid) (TK, 1980-1981, 16771, nr.1-2). Deze nota geeft verder invulling aan de voorstellen van de structuurnota van Hendriks (1974) ter versterking van de positie van de patiënten in de gezondheidszorg. De uitgangspunten van de eerste patiëntennota richten zich op de versterking van de positie van de patiënt door enerzijds de mondigheid en de rechtspositie van de individuele patiënt te bevorderen en anderzijds door de werkzaamheden en de ontwikkeling van de patiënten- en consumentenorganisaties te bevorderen. Er wordt ook expliciet aangegeven dat er voorwaarden moeten worden gecreëerd voor beleidsparticipatie van patiënten/consumenten, zowel in nationale als in regionale beleids- en planningsorganen en ook voor de patiënten binnen de zorgverlenende organisaties.

Aan de aanbodzijde moet de zorg continu zijn afgestemd op de veranderende behoeften van de patiënt en moeten kwaliteitsnormen worden vastgesteld en bewaakt, zodat de belangen van de patiënt zowel vanuit medisch als maatschappelijk oogpunt gewaarborgd worden. Om deze doelstellingen te realiseren worden de volgende beleidsterreinen centraal gesteld:

- Voorlichting;
- Participatie;
- Patiëntenorganisaties;
- Patiëntenrechten.

Met betrekking tot de patiëntenrechten wordt de kanttekening geplaatst dat reeds veel algemene wetgeving betrekking heeft op de arts-patiëntrelatie en dat moet worden bekeken in hoeverre specifieke patiëntenwetgeving noodzakelijk is.

Wat de patiëntenorganisaties betreft wordt, in het kader van de regionalisering, voorgesteld om op regionaal niveau patiënten- en consumentenplatforms in te stellen als spreekbuis voor de patiëntenbelangen. De overheid ziet hierbij voor zichzelf een stimulerende en randvoorwaardenschepende rol weggelegd (TK, 1980-1981, 16771, nr.1-2).

In de 'Tweede voortgangsnota patiëntenbeleid' (TK, 1987-1988, 16771, nr.31) wordt meer expliciet gesproken over een consumentgerichte benadering van de zorg. De in te zetten instrumenten zijn dezelfde als in de eerste patiëntenbeleidsnota: wetgeving, informatie, participatie en patiëntenorganisaties. Wat de patiëntenrechten betreft wordt in deze nota aangegeven dat het wel degelijk nodig is om de rechtspositie van de patiënt vast te leggen in aparte wetgeving. Daarnaast is ook de klachtenbehandeling toegevoegd als middel ter bescherming van de positie van de patiënt.

De overheid heroverweegt naast de rol van wetgeving ook haar eigen rol. De overheid ziet het wel als haar rol om de patiëntenorganisaties te ondersteunen, maar de verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk functioneren van de patiëntenorganisaties ligt in eerste instantie bij de organisaties zelf. Dit is in lijn met het advies van de commissie Dekker (1987).

In 1992 wordt wederom een nota patiënten- en consumentenbeleid in de zorgsector uitgebracht (TK, 1982-1983, 16771, nr.14). In deze nota wordt voorgesteld om de verantwoordelijkheid voor de versterking van de positie van de consument (verzekerden, patiënten en cliënten) neer te leggen bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook de provinciale en grootstedelijke overheden hebben volgens het kabinet een verantwoordelijkheid ten aanzien van het ondersteunen van patiënten- en cliëntenorganisaties en klachtenbehandeling.

Wat betreft de positie van de patiënt/consument in het nieuwe zorgstelsel worden de accenten gelegd op keuzevrijheid tussen verzekeraars; inspraak op de inhoud en omvang van het basispakket (waarbij het afsluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een zaak blijft van deze twee partijen); en tot slot medezeggenschap van de consumentenorganisaties in de totstandkoming van het regionale beleid (de zogenoemde regiovisie).

Bij de patiënten die langdurig gebruik maken van zorg, vormt zelfredzaamheid het uitgangspunt. Daartoe wordt in de modernisering van de AWBZ de zorgverzekeraars de ruimte gegeven om hun verzekerden te laten kiezen tussen zorg in natura en een cliëntgebonden budget, waarmee de cliënten zelf zorg kunnen inkopen.

De overheid ziet zichzelf nog steeds met name in een stimulerende rol ten opzichte van de patiënten- en consumentenbeweging. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de patiëntenbeweging zelfstandig als partij opereert. Daarbij acht de overheid het ook belangrijk dat de verscheidenheid aan organisaties binnen de patiëntenbeweging in stand blijft vanwege de vele verschillende functies die vervuld moeten worden.

In 1995 verschijnt er nog een voortgangsrapportage van het patiënten- en consumentenbeleid, maar in 2001 richt de Nota 'Met zorg kiezen' (TK, 2000-2001, 27807, nr.2) weer expliciet de aandacht op de positie van de zorgvrager. In deze nota geeft het kabinet aan zich te willen richten op de versterking van de positie van de zorgvrager. Daarbij wordt aangegeven dat zorggebruikers zelf in veel gevallen actief kunnen bevorderen dat de zorg beter op hun vragen en behoeften is afgestemd. Om dat te verwezenlijken worden vijf toerustingniveaus onderscheiden:

1. Een adequate rechtspositie van zorggebruikers;
2. Actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij zorgverzekeraars;
3. Onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding. Zorggebruikers moeten zich -indien nodig- kunnen laten adviseren of begeleiden bij het formuleren van hun vragen en hun keuze voor een bepaald zorgproduct of een bepaalde zorgverzekering;
4. Individuele en collectieve inkoopmacht. Zorggebruikers moeten de mogelijkheid hebben om, al dan niet via de directe tussenkomst van een verzekeraar, zelf zorgproducten in te kopen of zorgarrangementen samen te stellen op basis van een vooraf bepaald budget;
5. De aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht die representatief is voor de zorggebruikers en transparant handelt. Indien aanbieders en verzekeraars in de gezondheidszorg onvoldoende rekening houden met de vragen en behoeften van zorggebruikers, is er de mogelijkheid ontevredenheid kenbaar te maken of hierover te onderhandelen. Mensen kunnen dit ook delegeren aan organisaties die collectief hun belangen vertegenwoordigen.

Bij de bespreking van deze toerustingniveaus wordt de kanttekening geplaatst dat de toerustingniveaus niet voor alle typen zorggebruikers een vergelijkbaar gewicht hebben. Dit vanwege de grote mate van diversiteit onder zorggebruikers. Daarbij wordt in het bijzonder stilgestaan bij het verschil tussen kortdurende en langdurige zorg. Toch wordt uiteindelijk aangegeven dat het in alle gevallen belangrijk is om na te gaan hoe zorggebruikers verder toegerust kunnen worden om te realiseren dat de zorg maximaal aansluit bij hun preferenties.

De overheid ziet het als haar taak de samenhang tussen bestaande wet- en regelgeving op het terrein van patiënten- en kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen, een vertaling naar de dagelijkse praktijk van de zorg te bevorderen en daarbij gelijke tred te houden met ontwikkelingen in de gezondheidszorg en andere relevante terreinen.

De nota 'Met zorg kiezen' is de laatste nota die verschenen is. De nota heeft dan ook betrekking op de periode 2002-2005. Er is wel jaarlijks een voortgangsrapportage verschenen waarin het ministerie van VWS rapporteert over de voortgang van het patiënten- en consumentenbeleid. Daarbij worden ook aandachtspunten voor de komende periode geformuleerd. Zo worden in het vergaderjaar 2002-2003 de volgende aandachtspunten onderscheiden:

- Voor het welslagen van een goed patiënten- en consumentenbeleid is het nodig dat alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen. In een aantal gevallen is daarbij een betere en helderdere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de diverse partijen nodig. Dit geldt bijvoorbeeld voor het aanleveren van gegevens door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij cliëntondersteuning is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijk en gemeenten een punt van aandacht.
- Aandacht voor de werking in de praktijk. Voor de verbetering van de rechtspositie van de zorggebruiker is bijvoorbeeld niet zozeer behoefte aan meer wet- en regelgeving, maar aan betere implementatie.
- Meer aandacht voor resultaten. De toetssteen van het beleid en de uitvoering door de diverse organisaties is wat de zorggebruiker er van merkt.

In de tweede voortgangsrapportage in juni 2004 wordt de aandacht met name gericht op de informatievoorziening naar de zorggebruiker toe en de belangenbehartiging door patiëntenorganisaties, ook in het licht van de nieuwe zorgverzekeringswet. Wat de belangenbehartiging betreft wordt een nieuwe wijze van subsidiëring ingevoerd die met name gericht is op de ondersteuning van de individuele zorggebruiker.

5.4.3 Samenvatting

In het patiënten- en consumentenbeleid wordt de zorgvrager uitgelicht en worden de noodzakelijke maatregelen besproken die nodig zijn om de zorgvrager toe te rusten voor zijn positie als 'derde partij'. In de eerste nota, die in het kader van de structuurnota van Hendriks (1974) was geschreven, wordt de nadruk gelegd op de rechten van patiënten en patiëntenorganisaties en de beleidsparticipatie van patiënten. Hierbij worden de volgende randvoorwaarden genoemd:

- Voorlichting;
- Participatie;
- Patiëntenorganisaties;
- Patiëntenrechten.

Deze aspecten hebben in de loop der jaren de basis gevormd voor het patiëntenbeleid.

In de tweede nota wordt meer gesproken over een consumentgerichte benadering van de zorgvrager. In de nota ‘Met zorg kiezen’ wordt deze benadering verder uitgewerkt met vijf toerustingniveaus. Ten opzichte van de randvoorwaarden die genoemd waren in de eerste nota betreffende het patiënten- en consumentenbeleid voegen de toerustingniveaus de volgende aspecten toe: onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding, en individuele en collectieve inkoopmacht. Dit past in de context van gereguleerde marktwerking, waarbij de consument begeleiding moet kunnen krijgen bij het maken van eigen keuzen. De inkoopmacht creëert een meer directe ruilrelatie tussen vraag en aanbod (niet langer via de zorgverzekeraar als bemiddelende partij).

De patiëntenbeweging wordt bij de ontwikkeling van de positie van de zorgvrager ook expliciet aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en versterking van de positie van de (individuele en collectieve) zorgvrager.

5.5 Implementatie van het overheidsbeleid

5.5.1 Introductie

In het streven naar een versterkte positie van de zorggebruiker zijn een aantal instrumenten ingezet. Participatie, wetgeving, patiëntenorganisaties en informatie zijn daarbij altijd de belangrijkste geweest. In de laatste nota ‘Met zorg kiezen’ is deze lijst verder uitgewerkt en worden er vijf toerustingniveaus genoemd: wetgeving, informatievoorziening, advies en begeleiding, individuele en collectieve inkoopmacht en de aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht.

In hoofdstuk twee zijn vier soorten instrumenten beschreven: juridische instrumenten, economische instrumenten, communicatieve instrumenten en participatie. Wetgeving kan worden geschaard onder juridische instrumenten, individuele en collectieve inkoopmacht kan worden geschaard onder de economische instrumenten. Informatie, advies en begeleiding kunnen worden geplaatst onder communicatieve instrumenten en collectieve onderhandelingsmacht kan worden geplaatst onder participatie. Aan de hand van deze indeling zullen de instrumenten worden besproken.

5.5.2 Instrumenten ter versterking van de vraagzijde

Juridische instrumenten

Wetgeving is vanaf het begin als belangrijke randvoorwaarde gezien om de positie van de zorgvrager te versterken. In de jaren negentig zijn dan ook verschillende patiëntenwetten ingevoerd. In 1995 zijn de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (WKCZ) ingevoerd. In 1996 is de wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ) ingevoerd.

De WGBO (1995) heeft betrekking op de behandelingsovereenkomst tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder. Belangrijke elementen van deze wet betreffen de informatievoorziening naar de patiënt toe over de behandeling en de toestemming die de zorgaanbieder aan de patiënt moet vragen, alvorens met de behandeling te starten (informed consent). De wet schept echter niet alleen verplichtingen aan de zijde van de aanbieder, ook de hulpvrager moet zich inspannen om de zorgverlener naar beste weten in te lichten en mee te werken aan de behandeling. Uiteindelijk kan gesteld worden dat de wet belangrijke voorwaarden biedt om de relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder meer gelijkwaardig te maken.

Uit de evaluatie van de WGBO wordt geconcludeerd dat de wet in principe de kennis over patiëntenrechten heeft vergroot, zowel onder artsen als onder patiënten, maar dat de uitvoering in de praktijk nog wat te wensen overlaat (TK, 2001-2002, 2800XVI, nr.14).

De WKCZ (1995) versterkt de rechtspositie van de zorgvrager door te stellen dat de zorgaanbieder regelingen moet treffen voor een goede klachtenbehandeling. De WKCZ schrijft de zorgaanbieder voor een commissie in te stellen die de klachten op een onafhankelijke wijze behandelt. De aangeklaagde en de klager moeten (binnen een bepaalde termijn) op de hoogte worden gebracht of de klacht gegrond verklaard is en of er maatregelen worden genomen. De wet schrijft niet voor dat er altijd gehandeld moet worden bij een gegronde klacht. Wel wordt aangegeven dat de zorgaanbieder jaarlijks openbaar verslag moet doen van het aantal en de aard van de klachten die door de klachtencommissie zijn behandeld. Dit verslag moet ook worden verstuurd aan de Regionale Inspectie.

De WKCZ geeft tot slot ook aan dat een, in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen ingestelde, cliëntenraad naar de kantonrechter kan stappen om de zorgaanbieder te dwingen de regelingen met betrekking tot de uitvoering van de WKCZ te treffen.

Bij de uitvoering van de WKCZ is sprake van een laagdrempelige mogelijkheid tot het indienen van klachten, maar veel mensen zijn nog niet tevreden over de wijze waarop de klachten worden afgehandeld. Het voldoet onvoldoende aan de verwachtingen van de klant (Sluijs, Friele & Hanssen, 2004).

De WMCZ (1996) geeft tot slot aan dat de zorgaanbieder in elke instelling een cliëntenraad moet instellen die de gemeenschappelijke belangen van de cliënten moet behartigen (dus bij meerdere locaties meerdere cliëntenraden). De wet voorziet in een vrij uitgebreide lijst van zaken waarover de cliëntenraad in staat moet worden gesteld een advies uit te brengen. Een belangrijke toevoeging daarbij is dat het advies op een zodanig tijdstip moet worden gevraagd dat het nog van invloed kan zijn op het te nemen besluit. De cliëntenraad mag echter ook ongevraagd advies uitbrengen. De zorgaanbieder mag niet zondermeer van het advies afwijken, zonder overleg te hebben gevoerd met de cliëntenraad.

Uit de evaluatie van de WMCZ komt naar voren dat er sprake is van veel variatie in de mate waarin cliëntenraden worden betrokken bij besluitvorming. Er is ook sprake van variatie in de mate waarin cliëntenraden invloed uitoefenen op besluitvorming die valt onder het verzwaaard adviesrecht. De betrokkenheid van de cliëntenraden hangt sterk af van de bereidwilligheid van de directies. Daarnaast zijn cliëntenraden ook nog zoekende naar hun eigen positie en hun (wettelijke) mogelijkheden. Tevens is de samenstelling van de cliëntenraden moeilijk. Het is moeilijk om mensen bereid te vinden om te participeren in een cliëntenraad en ook de representativiteit van de cliëntenraden is een probleem. Veel mensen kennen de cliëntenraden niet en er is weinig contact met de achterban (Hoogerwerf, Nievers & Scholten, 2004).

Naast wetgeving die gericht is op de positie van de zorgvrager, is er ook wetgeving die primair gericht is op het aanbod van zorg, maar wel iets zegt over de invloed c.q. positie van de zorgvrager ten opzichte van het aanbod. De wetgeving met betrekking tot het aanbod is enerzijds gericht op de kwaliteit van de zorg en anderzijds op de financiering en inrichting van de aanbodzijde.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) (1996) stelt dat de zorgaanbieder verantwoordelijke zorg dient aan te bieden. Onder verantwoorde zorg wordt zorg verstaan die van een goed niveau is; doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en

die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De wet geeft verder aan dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet organiseren die mede tot stand komt in overleg met andere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Verder geeft de wet aan dat de zorgaanbieder een cyclus van gegevens verzamelen, toetsen en aanpassen moet doorlopen om de kwaliteit van de aangeboden zorg systematisch te verwerken. Tot slot moet de zorgaanbieder jaarlijks een openbaar kwaliteitsjaarverslag overleggen. De zorgaanbieder moet dit verslag, naast de minister en regionale inspecteur, ook naar de organisaties opsturen die op regionaal niveau de belangen van de patiënten in algemene zin behartigen (de Regionale Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP's)).

Uit de evaluatie van de kwaliteitswet in 2002 bleek dat de ontwikkeling van kwaliteitssystemen nog in de kinderschoenen stond en dat er nog veel moest gebeuren (TK, 2001-2002, 28439, nr.1). Er zijn toen een aantal nieuwe lijnen uitgezet voor het kwaliteitsbeleid die betrekking had op de volgende aspecten: partijen meer aanspreken op hun verantwoordelijkheden; meer ruimte voor het veld; meer transparantie en afleggen van (horizontale) verantwoording; betere borging van kwaliteit; in opleidingen meer aandacht besteden aan kwaliteit; informatie- en communicatietechnologie (ICT) inzetten voor kwaliteitsverbetering (Brief staatsecretaris, 2002). Uiteindelijk wordt geconcludeerd dat er grote vooruitgang is geboekt in het verbeteren en zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg en dat verzekeraars kwaliteit ook steeds meer opnemen in hun contractbesprekingen met aanbieders (TK, 2005-2006, 28439, nr.12).

De Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (BIG) (1993) heeft betrekking op de kwaliteit van de individuele zorgverlener. De wet geeft aan dat het voeren van bepaalde titels slechts voorbehouden is aan die personen die aan bepaalde voorwaarden voldoen. Op deze wijze kan de zorgvrager aan de titel het vertrouwen ontfangen dat de zorgaanbieder over bepaalde kennis en kunde beschikt.

Naast de wetgeving die vooral gericht is op de hulpverleningsrelatie, is wetgeving die zich meer richt op het kader waarbinnen de zorgverlening wordt geleverd, ook van belang in de discussie over vraaggerichte zorg. Verschillende wetten hebben betrekking op het bepalen van de inrichting en financiering van de aanbodzijde van de zorg: de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV); de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG); de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet. De WZV heeft betrekking op inrichting van de gezondheidszorg; welke voorzieningen mogen worden aangeboden, aangepast of uitgebreid. De WTG is voortgevloeid uit de Structuurnota (Hendriks, 1974) en is in 1982 in werking getreden met als doelstellingen: evenwichtige tarieven, uniforme procedures voor een transparante totstandkoming van tarieven, een doelmatige organisatie van de zorg en kostenbeheersing (TK, 1999-2000, 27156, nr.2). De WTG geeft aan dat in principe de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder (of vertegenwoordigende organisaties) een te berekenen tarief overeenkomen en dat dat tarief vervolgens moet worden goedgekeurd door het College Tarieven Gezondheidszorg. Consumenten- en patiëntenorganisaties worden op de hoogte gehouden van de beschikkingen door het CTG, maar hebben daar op basis van de WTG geen inspraak in. De AWBZ en de Ziekenfondswet vormen de verzekeringswetgeving. Deze wetten zijn al eerder aan de orde gekomen.

In het kader van de nieuwe sturingsvisie van de overheid, waarbij liberalisering een belangrijk aspect is, wordt er ook gewerkt aan een proces van deregulering. Voor een effectieve en efficiënte afstemming tussen vraag en aanbod wordt een decentrale zorgsturing op lokaal of regionaal niveau belangrijk geacht. In het proces van deregulering zijn de bovenstaande wetten aangepast of opgegaan in andere wetgeving. Zo is de Wet Ziekenhuis Voorzieningen is opgegaan in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

die 1 januari 2006 in werking is getreden. Deze wet vervangt naast de WZV ook de tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening en de bepalingen over toelatingen in de AWBZ en de voormalige Ziekenfondswet. Doel van de WTZi is om geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor zorginstellingen te creëren door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van instellingen.

De WTG is gedeeltelijk aangepast door de WTG-expres die per 1 februari 2005 is ingevoerd. Deze wet biedt de mogelijkheid om landelijk bindende afspraken te maken over prestatie- of productiebeschrijvingen in de vorm van DBC's; ook buiten het College Tarieven Gezondheidszorg om. Het bestaande functiegerichte budgetteringssysteem voor ziekenhuizen en het verrichtingensysteem voor medische specialisten werd niet langer adequaat geacht en daarom zijn de DBC's ingevoerd (TK, 1999-2000, 2729, nr.2). De aanpassing van het verzekeringsstelsel is ook een belangrijk spoor dat wordt gevolgd bij de (her)inrichting van het zorgstelsel. De stelselwijziging heeft geleid tot wijzigingen in de AWBZ en de Ziekenfondswet, waarbij de Ziekenfondswet inmiddels per 1 januari 2006 is overgegaan in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Volgens het ministerie van VWS zal een adequate vormgeving van het verzekeringsstelsel bijdragen aan het goed functioneren van het nieuwe besturingsmodel en aan klantgerichtheid en versterking van het innovatieve vermogen.

Economische instrumenten

In de bespreking van de juridische instrumenten zijn ook een aantal financiële instrumenten aan de orde gekomen die ingrijpen op de aanbodzijde. Zo is er gesproken over de DBC's die de functionele budgettering van de zorginstellingen in de curatieve zorg moeten vervangen. In een DBC zijn de diagnose en het behandeltraject geïntegreerd tot één prijs. De prijzen kunnen per ziekenhuis verschillen (NVZ, VAZ, Orde medisch specialisten, ZN, 2002). Er wordt verondersteld dat door de invoering van de DBC-systematiek, in combinatie met het afschaffen van de contracteerplicht, zorgaanbieders geprikkeld zullen worden om efficiëntere zorg te verlenen. De zorgverzekeraars als onderling concurrerende zorginkopers zullen op hun beurt geprikkeld worden om kritisch in te kopen. De verzekerden zullen zich gaan oriënteren op de prijsvoering van de zorgaanbieders om hun eigen bijdragen zo laag mogelijk te houden (Vandermeulen, 2002).

In de AWBZ-zorg is in 2005 de functiegerichte bekostiging ingevoerd voor extra-murale zorg. Deze bekostigingssystematiek houdt in dat zorgaanbieders worden gefinancierd op basis van de functies die ze geleverd hebben in plaats van het aantal patiënten. Daarbij zijn alle AWBZ-erkende zorgaanbieders in staat gesteld om alle functies te leveren. Dit betekent dat er voor de zorgvrager meer keuzemogelijkheid is gecreëerd.

De veranderingen in de financieringssystematiek moeten er uiteindelijk voor zorgen dat het marktmechanisme zich gaat ontwikkelen in de gezondheidszorg en dat aanbieders en verzekeraars zich gaan ontplooiën tot 'maatschappelijke ondernemers'. In de praktijk wordt het maatschappelijk ondernemerschap aan de aanbodzijde van de zorg echter nog maar slechts ten dele waargemaakt. De zorgaanbieders organiseren zich wel meer bedrijfsmatig, maar zijn terughoudend in het ontwikkelen van een commerciële instelling (Putters & Van der Grinten, 2001). Zorgaanbieders hebben de neiging om de dreiging van concurrentie tegen te gaan. Ze richten zich wel meer op de klant en proberen hun diensten meer klantgericht aan te bieden, maar kiezen eerder voor samenwerking dan concurrentie. Daarbij komt dat zorgaanbieders een redelijke monopoliepositie hebben in hun regio, wat de prikkeling van concurrentie sterk vermindert (Brandsen & Putters, 2000).

De zorgverzekeraar heeft zowel in de curatieve sector als in de AWBZ-sector een regionaal toebedeeld gekregen. In de periode 1995-2000 zijn de zorgverzekeraars vrijwel geheel risicodragend geworden. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars meer onderhandelingsmogelijkheden gekregen op de zorginkoopmarkt door het afschaffen van de contracteerplicht en de mogelijkheid om binnen kaders van maximum tarieven over prijzen te onderhandelen (TK, 2000-2001, 23619, nr.18). In het eerste compartiment behoudt het zorgkantoor zijn monopoliepositie in de regio en is er van onderlinge concurrentie dus geen sprake (Berenschot & Blijlevens, 2003:80).

Er worden ook economische instrumenten ingezet aan de vraagzijde van de gezondheidszorg. In de jaren tachtig positioneert de commissie Dekker de zorgvrager met name als klant op de zorgverzekeringsmarkt. In de jaren negentig biedt de introductie van het persoonsgebonden budget de zorgvrager de mogelijkheid om in de AWBZ-sector ook klant te worden op de zorgmarkt (Kasdorp, 2004). Door middel van het persoonsgebonden budget wordt getracht de positie van de patiënt op individueel niveau te versterken. Deze financiële maatregel geldt nu alleen nog voor de AWBZ-sector. Het persoonsgebonden budget wordt toegekend aan de cliënt op basis van een indicatie. De patiënt kan dan zelf zorg inkopen, waarbij hij niet gebonden is aan de functies waarvoor hij geïndiceerd is. De budgethouder is ook niet verplicht om zorg in te kopen bij zorgaanbieders die een AWBZ-erkenning hebben. Dit betekent dat de budgethouder ook zorg in kan kopen bij particuliere thuiszorginstellingen en/of mantelzorgers. Dit vergroot de keuzemogelijkheden aanzienlijk. De introductie van het persoonsgebonden budget heeft veel voordelen. Mensen ervaren veel meer eigen regie over het leven en zorgorganisaties veranderen hun houding ten opzichte van de zorgvrager. Afspraken worden duidelijker vastgelegd. Toch was de regeling in eerste instantie erg bureaucratisch vormgegeven wat zorgde voor een grote administratieve last (Van der Kraan, 2001). Daarnaast waren er aparte PGB-regelingen voor de verschillende deelsectoren in de AWBZ. Uiteindelijk is gekozen voor een vereenvoudiging van de PGB-regeling die op 1 april 2003 is ingegaan. Een belangrijk verschil met de oude regelingen, waarbij de budgethouder een trekkingsrecht kreeg op de Sociale Verzekeringsbank (SVB), is dat de budgethouder in de nieuwe regeling het budget op de eigen bankrekening gestort krijgt waarna hij het, binnen de geldende voorwaarden, zelf kan besteden. Over de besteding moet periodiek en na afloop van de looptijd van het budget verantwoording worden afgelegd.

De PGB-regeling wordt beschreven aan de hand van acht stappen:

1. De verzekerde vraagt een indicatie aan bij het RIO;
2. Het RIO stelt vast hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft;
3. De verzekerde kiest tussen zorg in natura en een PGB;
4. Het zorgkantoor kent een netto-PGB toe, waarbij op het bruto-PGB een eigen bijdrage is ingehouden;
5. Het zorgkantoor betaalt het PGB op de bank- of girorekening van de verzekerde;
6. De verzekerde koopt zorg in; het budget mag besteed worden aan alle vijf functies waarvoor een keuze voor een PGB mogelijk is;
7. De verzekerde legt verantwoording af;
8. De verzekerde betaalt niet uitgegeven geld terug aan het zorgkantoor (TK, 2004-2005, 25657/26631, nr.29).

In de curatieve sector is de klantrol met name een aandachtspunt op de verzekeringsmarkt, maar de zorgvrager wordt wel in toenemende mate aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid als consument op de zorgmarkt door de introductie van eigen

betalingen. Zorginkoop blijft echter een functie voor de zorgverzekeraar (Kasdorp, 2004).

Communicatieve instrumenten

Informatievoorziening en ondersteuning van de zorgvrager bij het formuleren van de zorgvraag en het organiseren van de zorg zijn twee belangrijke pijlers in het patiëntenbeleid. De overheid is actief betrokken bij de informatievoorziening richting de zorgvrager. Zo zijn al verschillende websites (zoals www.kiesbeter.nl) gecreëerd die zorgvragers de mogelijkheid bieden zorgaanbieders te vergelijken. Daarnaast bieden zorgaanbieders en verzekeraars steeds meer informatie aan. In een voortgangsrapportage wordt echter geconcludeerd dat er nog geen dekkende en adequate informatievoorziening aanwezig is. Initiatieven zijn nog onvoldoende ontwikkeld en te versnipperd aanwezig (TK, 2002-2003, 27807, nr.20). In de laatste voortgangsrapportage wordt duidelijk dat de overheid nu met name inzet op het informeren van de zorgvrager over het nieuwe zorgstelsel (TK, 2003-2004, 27807, nr.22). Ook de patiëntenorganisaties hebben een taak om de zorgvragers te informeren.

Naast informeren wordt ook ondersteuning van belang geacht. Ondersteuning is een van de kerntaken van de regionale patiënten- en consumentenorganisaties. Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van ouderen, middels welzijnswerk. Tot slot zijn de sociaal pedagogische diensten omgevormd tot laagdrempelige ondersteunings- en informatiediensten voor mensen met een beperking (MEE-organisaties) (TK, 2003-2004, 27807, nr.20 -22). Het bieden van ondersteuning moet er voor zorgen dat mensen, waarvoor alleen informatievoorziening niet voldoende is, toch in staat worden gesteld om hun eigen behoeften duidelijk te articuleren en op zoek te gaan naar het zorgaanbod dat het beste aansluit bij hun behoeften en wensen.

Daarnaast wordt, met name in de curatieve zorg, de zorgverzekeraar gezien als partner van de zorgvrager die in overeenstemming met de behoeften van zijn verzekerden zorg inkoopt. De reden daarvoor is dat de zorgverzekeraar beter in staat is om de informatieachterstand ten opzichte van de zorgaanbieders te verkleinen en omdat verzekeraars en zorgvragers een gedeeld belang hebben: zorg van een hoge kwaliteit tegen een zo laag mogelijke prijs. Dit gedeelde belang gaat echter alleen op wanneer er sprake is van voldoende concurrentie (Berenschot & Blijlevens, 2003:105).

In de AWBZ is door de overheid nog een aanvullend instrument ingezet, wat enerzijds de informatieasymmetrie tussen zorgvrager en zorgaanbieder vermindert, maar ook de zorgvrager meer mogelijkheden biedt om vrij te kiezen tussen zorgaanbieders. Het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) is door de overheid tussen de veldpartijen geplaatst om de indicatiestelling op een onafhankelijke wijze vorm te geven en daardoor meer transparantie te creëren. Voorheen werd de indicatiestelling altijd door de zorgaanbieders gedaan. Het RIO is vanaf het begin een controversiële actor in het zorgveld geweest. Het belang van een onafhankelijke indicatiestelling werd onderschreven, maar de vormgeving werd niet altijd juist geacht. Ondanks de kritiek uit het veld werden de taken van het RIO verder uitgebreid. Daarbij werd wel ondersteuning geboden aan de RIO's om de kwaliteit van de indicatiestelling en de professionaliteit te verbeteren (TK, 2000-2001, 26631, nr.13).

Om de indicatiestelling op een meer uniforme wijze te laten plaatsvinden zijn de RIO's per 1 januari 2005 overgegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dat vervolgens weer 16 subregio's heeft. Daarbij heeft het CIZ de status van zelfstandig bestuursorgaan gekregen. De RIO's vielen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Voor de indicatiestelling is dus uiteindelijk gekozen voor een centralisatie, terwijl de rest van de ontwikkelingen juist richting een decentralisatie gaan.

Participatiemogelijkheden

De participatiemogelijkheden van de zorgvrager zijn reeds gedeeltelijk besproken bij de juridische instrumenten in het kader van de WMCZ. Uit de evaluatie van deze wet kwam naar voren dat het functioneren van de cliëntenraden in het kader van de WMCZ niet zonder problemen verloopt. Tot voor kort waren ze nog afhankelijk van de zorginstelling voor hun budget. Daarnaast was er sprake van vrijblijvendheid wat het verzaamd adviesrecht betreft en cliëntenraden wisten niet goed waar ze terecht konden met suggesties voor verbetering van het beleid. In december 2002 is de positie van de cliëntenraden versterkt door de beslissing om de cliëntenraden een eigen budget toe te kennen. Daarnaast is de invloed van de cliënten toegenomen via het recht op benoeming van de leden van de Raden van Toezicht van zorginstellingen. De motie om cliëntenraden hetzelfde instemmingsrecht te geven als een ondernemingsraad is echter afgewezen (Berenschot & Blijlevens, 2003:98).

Naast participatie op instellingsniveau is de participatie van zorgvragers op landelijk en regionaal niveau ook gestimuleerd vanuit de overheid. De patiëntenbeweging is op eigen initiatief ontstaan, omdat mensen met specifieke aandoeningen behoefte hadden aan lotgenotencontact, omdat mensen op zoek waren naar informatie die de artsen niet konden verschaffen en omdat er behoefte was om in georganiseerd verband op te komen voor de eigen belangen (Van Tulder & Borkus, 2001). In het patiënten- en consumentenbeleid is de rol van patiënten- en consumentenorganisaties altijd erkend en in de jaren negentig is de rol van de patiëntenorganisaties gestimuleerd door allerlei subsidies van het ministerie, ZorgOnderzoek Nederland (ZON) en vanaf 1996 het patiëntenfonds. Het patiëntenfonds is in 1996 opgericht en de taken van het patiëntenfonds zijn sinds 1 januari 2003 overgenomen door het Fonds voor Patiënten- en Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (fonds PGO). Het doel van dit fonds is door middel van financiële subsidiering aan landelijk werkzame categorale patiëntenorganisaties, de positie van de patiënt te versterken (Van Tulder & Borkus, 2001; Oudenampsen, 1993).

De zorgvrager is in de verschillende nota's rondom het patiëntenbeleid geïntroduceerd als de 'derde partij' waarbij het de bedoeling was dat zorgvragersorganisaties een stem vormden tegenover zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daartoe is de totstandkoming van patiëntenplatforms op nationaal niveau (de NPCF) en op regionaal niveau (RPCP's) reeds sinds de jaren tachtig gestimuleerd (Van Tulder & Borkus, 2001).

De RPCP's worden door de provincies gefinancierd en sinds de start van de Meerjarenafspraken zorg in 1999 hebben de RPCP's een uitbreiding van taken en budget gekregen. Het takenpakket van de RPCP's ziet er als volgt uit:

- Collectieve belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding;
 - Ondersteuning van de achterban;
 - Verzamelen en verspreiden van informatie;
 - Individuele klachtenopvang;
 - Toetsing en bevordering van de kwaliteit van het zorgaanbod
- (Van Tulder & Borkus, 2001).

De meerjarenafspraken vormen de eerste gelegenheid waarbij de overheid de andere partijen dwingt om samen met de patiëntenorganisaties afspraken te maken. Met name in de curatieve sector verloopt dit stroef. In de sector verpleging en verzorging

hebben de patiëntenorganisaties al langer een meer structurele inbreng in de ontwikkeling van regiovisies, het bestuur van de RIO's en de adviesraden van het zorgkantoor. Daarnaast bestaan er in deze sector veel meer regionale overlegvormen tussen zorgaanbieders, verzekeraars en zorgvragers (Van Tulder & Borkus, 2001).

Het probleem is dat er ook allerlei overlegvormen bestaan op regionaal niveau waar de patiënten- en consumentenorganisaties geen deel van uitmaken. Een voorbeeld hiervan is het Treekoverleg, waar alleen zorgaanbieders zijn vertegenwoordigd. Het Treekoverleg vormt een overlegmogelijkheid voor zorgaanbieders om met elkaar om de tafel te gaan zitten, voordat ze in bespreking met de overheid treden. Vroeger vervulde advies- en uitvoeringsorganisaties die rol. De patiëntenorganisaties waren wel vertegenwoordigd in deze laatste platforms (Meloan et al., 2001).

Bij de bespreking van de verschillende instrumenten is duidelijk naar voren gekomen dat er veel initiatieven genomen zijn om de positie van de zorgvrager zowel op individueel niveau als op collectief niveau te versterken. Een begin is zeker gemaakt, maar de positie van de zorgvrager is nog altijd zwakker dan de andere veldpartijen. Zorgaanbieders, verzekeraars en overheden zijn grote, goed georganiseerde actoren met een veel langere bestaansgeschiedenis dan de zorgvragersorganisaties (Berenschot & Blijlevens, 2003).

5.5.3 Samenvatting

Om de omslag van aanbodregulering naar vraagsturing te bewerkstelligen maakt de overheid gebruik van verschillende instrumenten. Het patiëntenbeleid stelt een aantal voorwaarden, dat noodzakelijk wordt geacht om de positie van de patiënt te versterken. Daarbij worden ook maatregelen ten aanzien van de aanbodzijde genomen. De maatregelen die in het kader van de ontwikkeling van vraaggerichte zorg worden genomen, kunnen worden geplaatst in de vier categorieën van instrumenten die in hoofdstuk twee zijn besproken: juridische instrumenten, economische instrumenten, communicatieve instrumenten en participatie. De wettelijke verankering van de positie van de zorgvrager heeft altijd een centrale plaats ingenomen in het patiëntenbeleid en dat is ook terug te zien in de implementatie van het overheidsbeleid. Er is ook sprake van veel overlap tussen de juridische instrumenten en de andere instrumenten. In de bespreking van de instrumenten komt enerzijds duidelijk naar voren dat de zorgvrager toegerust moet worden om de rol van rationele en kritische consument te spelen. Anderzijds worden er tegelijkertijd veel waarborgen ingebouwd voor het geval dat de zorgvrager niet in staat is om die rol op zich te nemen. De overheid spreekt ook over de diversiteit aan zorgvragers en geeft daarmee aan dat dé patiënt niet bestaat en dat het belangrijk is om ook voor de zwakkere patiënten waarborgen te creëren. Het lijkt er echter soms ook op dat de zorgvrager nog te veel als een 'onberekenbare factor' wordt gezien, die zoveel mogelijk moet worden ingekaderd. De verantwoordelijkheid daarvoor wordt voor een deel bij de patiëntenbeweging zelf neergelegd, maar ook bij de andere veldpartijen, met name de zorgverzekeraar.

De evaluaties van de wetgeving, maar ook de andere instrumenten laten zien dat de instrumenten zich veelal nog in een beginfase bevinden en zich nog verder moeten ontwikkelen. Enerzijds laat dit de beperkte invloed van de overheid zien om top-down maatregelen te implementeren, maar anderzijds geeft het ook aan dat actoren voor zichzelf de meerwaarde van activiteiten en maatregelen moeten inzien voordat ze er mee aan de slag gaan.

5.6 Het gezondheidszorgbeleid vanuit drie perspectieven op vraagsturing

5.6.1 Introductie

Het overheidsbeleid laat een duidelijke aandacht zien voor de positie van de zorgvrager in de gezondheidszorg, zowel op individueel niveau als op collectief niveau. In toenemende mate wordt de vraaggerichtheid van andere partijen als een belangrijke voorwaarde gezien voor een goede aansturing van de Nederlandse gezondheidszorg op lange termijn. Het perspectief van waaruit de versterking van de positie van de zorgvrager wordt vormgegeven, laat echter variatie zien, niet alleen over tijd, maar ook binnen de huidige aanpak. Door het overheidsbeleid te plaatsen ten opzichte van de drie perspectieven die in hoofdstuk drie zijn besproken (het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief) wordt meer inzicht verkregen in de wijze waarop vraagsturing door de Nederlandse overheid wordt nagestreefd. Hierbij zal allereerst worden gekeken naar de gehanteerde definities.

5.6.2 Definitie van vraagsturing in het overheidsbeleid

Om het concept van vraagsturing verder invulling te geven maakt het ministerie van VWS gebruik van de definities zoals die geformuleerd zijn door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 1998):

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden” (TK, 1998-1999, 26631, nr.1).

Met het hanteren van deze definities kiest het ministerie er voor om beperkingen op te leggen aan de sturingsmogelijkheden van de zorgvrager. In de definitie van vraaggerichte zorg worden de wensen en behoeften van de zorgvrager op gelijke voet gesteld met de professionele standaarden. Daarmee behouden de professionals hun positie als poortwachter. In de definitie van vraagsturing vormen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg de randvoorwaarden waarbinnen de zorgvrager kan aangeven wat hij belangrijk acht in zijn persoonlijke dienstverlening. Dit betekent dat de zeggenschap niet geheel in handen is van de zorgvrager, maar wordt gedeeld met de professionals en de beleidsactoren. Dit komt ook overeen met de dilemma's die in de nota 'Zicht op Zorg' (1999) worden benoemd: het dilemma tussen vraag naar zorg en kostenbeheersing, tussen schaarste versus zorgplicht en tussen keuzevrijheid van de cliënt en de garantie van een minimale zorginfrastructuur. Er wordt aangegeven dat de omslag niet makkelijk zal zijn, maar dat het systeem wel zodanig moet worden ingericht dat vraaggerichte zorg een vanzelfsprekendheid is. Daarbij is de definitie van vraaggerichte zorg vanuit een zorginhoudelijk perspectief gedefinieerd.

5.6.3 Centrale elementen van vraagsturing

In hoofdstuk twee zijn vijf centrale elementen van vraagsturing onderscheiden: soevereiniteit, zeggenschap, competentie van de vraagzijde, responsiviteit van de aanbodzijde en wederkerigheid. Deze elementen zijn ook ingevuld vanuit de drie perspectieven op vraagsturing. In het overheidsbeleid zijn de vijf elementen ook terug te

vinden. In de bespreking van de positie van de zorgvrager in de Nederlandse gezondheidszorg zijn golfbewegingen te zien waarbij ‘soevereiniteit’, ‘zeggenschap’, en ‘wederkerigheid’ elkaar afwisselen. Met name in het patiënten- en consumentenbeleid wordt gesproken over de rechten van de zorgvrager om zelf de regie over zijn zorg in handen te hebben. Een sterke rechtspositie en inkoopmacht moeten de zorgvrager de mogelijkheid bieden om zeggenschap te hebben over zijn eigen zorgproces. Deze zeggenschap moet volgens de overheid echter niet alleen op het primaire niveau vorm krijgen. Ook op instellingsniveau en op lokaal, regionaal en landelijk niveau worden de zorgvragers als een belangrijke gesprekspartner gezien voor de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars.

Het primaire uitgangspunt is soevereiniteit van de zorgvrager, maar daarvan worden wel de beperkingen gezien. Allereerst moet de zorgvrager daartoe worden toegerust. Door een goede informatievoorziening en onafhankelijke ondersteuning en advisering moeten onder andere de competenties van de zorgvrager worden ontwikkeld. Er wordt gesteld dat de patiëntenorganisaties daarin ook een belangrijke taak te vervullen hebben. Er wordt echter aangegeven dat door verschillen in achtergrond (leeftijd en opleiding) en/of door de kenmerken van hun ziekte (acuut versus chronisch) vraagsturing niet voor alle patiënten in dezelfde mate is weggelegd. Het idee van soevereiniteit wordt tevens afgezwakt door het publieke karakter van de gezondheidszorg. Er wordt heel duidelijk aangegeven dat de maatschappelijke waarden en normen waarop de gezondheidszorg is gefundeerd -solidariteit, toegankelijkheid, gelijkheid en betaalbaarheid- ook in het nieuwe beleid als uitgangspunt gelden. Daarom wordt ook gesproken over de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager. In toenemende mate wordt deze eigen verantwoordelijkheid geprikkeld, door de introductie van eigen bijdragen, meer directe betaalrelaties en door het beschikbaar stellen van informatie. Uiteindelijk wordt getracht om de zorgvrager om te vormen tot een verantwoordelijke burger die in zijn rol als consument op zowel de verzekeringsmarkt als op de zorgverleningsmarkt op een doelmatige en weloverwogen manier gebruik maakt van de zorg (wederkerigheid). Met name in de AWBZ wordt dat heel expliciet besproken door aan te geven dat de zorgvrager zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk moet leven. Patiëntenorganisaties moeten op collectief niveau participeren in de besluitvorming over de organisatie van de zorg en op die manier ook mede verantwoordelijkheid nemen voor de beslissingen die worden genomen over de inzet van publieke middelen.

In de bespreking van vraagsturing in het overheidsbeleid en in de gehanteerde definitie van vraagsturing komt ook duidelijk naar voren dat de wensen en behoeften van de zorgvrager moeten worden afgestemd met de professionele standaarden van de zorgverlener. Dit betekent dat het niet wenselijk wordt geacht dat vraagsturing zal leiden tot een situatie van ‘u vraagt en wij draaien’. De professionele standaarden vormen een belangrijke leidraad in de besluitvorming en daarmee wordt ook de gelijkwaardigheid in de behandelrelatie benadrukt.

De overheid zag voor zichzelf in eerste instantie een grote rol weggelegd voor de coördinatie en regulering van de gezondheidszorg en ook voor het versterken van de positie van de zorgvrager. Door de hervormingen worden taken en verantwoordelijkheden in toenemende mate gedelegeerd naar veldpartijen. Ook de versterking van de positie van de zorgvrager en de ondersteuning wordt naar de actoren in het veld gedelegeerd. De patiëntenorganisaties worden in eerste instantie aangesproken om de patiënten te informeren en te ondersteunen, maar ook de zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden voor die taak ingezet. De grote lijnen in de ontwikkelingen van de

gezondheidszorg zoals besproken in paragraaf 5.2 moeten er uiteindelijk ook voor zorgen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer belang hebben bij het afstemmen van hun diensten en producten op de wensen en behoeften van de zorgvrager (responsiviteit).

5.6.4 De drie perspectieven op vraagsturing in het overheidsbeleid

De bespreking van het overheidsbeleid aan de hand van de centrale elementen van vraagsturing laat zien dat de overheid geen expliciete keuze maakt voor een van de drie perspectieven. Toch kan worden gesteld dat het economische perspectief op dit moment de boventoon voert in het overheidsbeleid. De grote lijnen van het hervormingsbeleid laten duidelijk een liberalisering zien van de gezondheidszorgsector, waarbij de contracteerrelaties open worden gebroken, de financiering van de zorg transparanter en meer productgerelateerd wordt gemaakt en de zorgvrager meer ruimte krijgt om te kiezen op basis van eigen wensen en behoeften. Door de informatievoorziening te verbeteren en de zorgvrager toegang te geven tot onafhankelijke ondersteuning en advisering moet de zorgvrager worden toegerust om zijn consumentenrol te vervullen en gebruik te maken van de exit-optie. In de verschillende beleidsstukken wordt echter ook gesproken over de belemmeringen voor een volledige implementatie van vrije marktwerking. Zowel het publieke karakter van de gezondheidszorg als de kenmerken van de zorgvrager, zorgen er voor dat er meer gesproken wordt over gereguleerde marktwerking. Dit betekent dat de overheid door wet- en regelgeving de publieke belangen waarborgt in de gezondheidszorg. De overheid treedt hierbij op als ‘agent’ voor de burger. Daarnaast wordt de zorgverzekeraar als belangenbehartiger van zijn verzekerden naar voren geschoven. Door de concurrentie tussen zorgverzekeraars en het bedrijfsrisico voor verzekeraars te vergroten worden zorgverzekeraars gestimuleerd om hun activiteiten (waaronder zorginkoop) beter af te stemmen op de belangen en behoeften van de verzekerden. Binnen de curatieve sector wordt het economische perspectief met name gereserveerd voor de zorgverzekeringsmarkt. Op de zorgverleningsmarkt moet de zorgvrager wel de mogelijkheid krijgen tot kiezen, maar op de zorginkoopmarkt treedt de zorgverzekeraar op als belangenbehartiger (als agent). Binnen de AWBZ gaat de invoering van het economische perspectief op vraagsturing nog het meest ver door de implementatie en uitbreiding van het persoonsgebonden budget. De introductie van het persoonsgebonden budget creëert een directe betaalrelatie tussen vraag en aanbod. Dit betekent dat het zorgkantoor niet langer als agent optreedt. Dit zorgt ervoor dat de aanbieder meer (financieel)belang heeft om met zijn diensten en producten tegemoet te komen aan de behoeften van de zorgvrager.

In de nota's die betrekking hebben op het patiënten- en consumentenbeleid wordt ook duidelijk aandacht geschonken aan de onderhandelingsmacht van de zorgvrager. Reeds in de structuurnota van Hendriks (1974) werd beleidsparticipatie door zorgvragers van belang geacht om het aanbod van zorg goed af te laten stemmen op de wensen en behoeften van de zorgvrager en om de zelfstandigheid van de zorgvrager te waarborgen. Het participatie perspectief krijgt met name vorm door de WMCZ en de participatie van de NPCF en de RPCP's in allerlei overlegvormen. De WMCZ vormt een formele regel voor de participatie van de patiënt in besluitvorming op organisatieniveau. De betrokkenheid van cliëntenraad betreft het adviseren van de Raad van Bestuur, het meebeslissen over en goedkeuren van besluitvorming door een zorgorganisatie. Het is de bedoeling dat de WMCZ leidt tot een vorm van participatie die meer inhoudt dan alleen het informeren en consulteren van zorgvragers, wat door Arnstein

(1969) worden omschreven als slechts ‘tokenism’. Naast de participatie van de zorgvrager op organisatieniveau heeft de overheid met de introductie van de RPCP’s actief vorm gegeven aan de participatie van zorgvragers op lokaal en regionaal niveau. De betrokkenheid van de zorgvrager bij verschillende gremia moet het patiëntenperspectief in het lokaal en regionaal gezondheidszorgbeleid borgen. De participatie van patiëntenorganisaties wordt echter ook voorgesteld om de verantwoordelijkheid van patiënten op collectief niveau vorm te geven. Taken en verantwoordelijkheden worden in toenemende mate vanuit de overheid gedelegeerd naar lagere overheden, maar ook naar veldpartijen, waaronder de zorgvragers. Deze taken hebben enerzijds betrekking op het toerusten van individuele zorgvragers om goed geïnformeerde keuzes te kunnen maken uit het zorgaanbod. Dit heeft vooral betrekking op het ondersteunen van de individuele zorgvrager bij het nastreven van zijn eigen wensen en behoeften (passief burgerschap) (Pickard, 1998). Anderzijds heeft het betrekking op het regionaal en lokaal organiseren van de gezondheidszorg en de verantwoordelijkheden die zorgvragers daarin kunnen nemen om op een doelmatige manier met publieke middelen om te gaan (actief burgerschap) (Pickard, 1998). De zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich overigens steeds meer verantwoorden en de transparantie van hun handelen vergroten. Hun rol wordt omschreven als maatschappelijke ondernemers. Waarbij ondernemerschap staat voor handelen aan de hand van principes uit het bedrijfsleven. Maatschappelijk betreft het afleggen van verantwoording over de wijze waarop publieke middelen worden gebruikt.

In paragraaf 5.3.4 zijn een aantal potentiële spanningsvelden in het overheidsbeleid onderscheiden die van invloed zijn op de potentiële betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg:

- De rol van de individuele zorgvrager als consument versus verantwoordelijk burger;
- De patiëntenorganisatie als ondersteuner van de individuele consument versus de patiëntenorganisaties als gesprekspartner van de andere veldpartijen;
- De zorgverzekeraar als belangenbehartiger versus de zorgverzekeraar als concurrerende ondernemer;
- De versterking van de positie van de zorgvrager als verantwoordelijkheid van de overheid versus de versterking van de positie van de zorgvrager als verantwoordelijkheid van de veldpartijen.

Deze potentiële spanningsvelden kunnen worden teruggebracht tot spanningen binnen het economische perspectief en een spanningsveld tussen het economische perspectief en het participatie perspectief. Beredeneert vanuit het economische perspectief stelt elke actor zich tot doel zijn eigen belangen na te streven. Elke actor maakt een afweging tussen beschikbare middelen en de na te streven doelstellingen en ontmoeten elkaar op de (zorg)markt. Door het prijsmechanisme en de vrije handelingsruimte van zowel aanbieder als vrager, ontstaat er vanzelf een equilibrium waarbij de behoeften van elke actor gezien de situatie het best zijn bevredigd. Door allerlei marktimperfections wordt echter perfecte marktwerking niet nastrevenswaardig geacht voor de gezondheidszorg. Daarmee is ook besloten om allerlei principaal-agentrelaties in stand te houden. De principaal-agentrelatie tussen verzekerden en hun zorgverzekeraar is daar een van. In de bespreking van de principaal-agent benadering komt naar voren dat in deze relatie een spanningsveld kan ontstaan tussen de belangen van de zorgverzekeraar en zijn verzekerden, wat kan leiden tot selectiemechanismen. Hierdoor komen de doelstellingen van vraagsturing in het geding. Dit geldt ook voor het delegeren van de verantwoordelijkheid voor de versterking van de positie van de

zorgvrager richting de veldpartijen. Beredeneert vanuit het economische perspectief kan dit leiden tot ‘principaal-agent problemen’.

Het participatie perspectief daarentegen richt juist de aandacht op gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij zorgvragers meepraten over het beleid van aanbieders en verzekeraars en waarbij gezamenlijk verantwoordelijkheid wordt gedragen voor het waarborgen van publieke belangen. Beredeneerd vanuit het participatieperspectief is de participatie van patiëntenorganisaties in regionale en lokale besluitvorming wenselijk en wordt ook met name de rol van verantwoordelijke burger voor de zorgvrager benadrukt. Tegelijkertijd moet de vraagzijde zich ook juist kritisch opstellen richting de aanbieders en verzekeraars en hun diensten en producten beoordelen vanuit hun eigen belangen. Dit laatste vraagt om een heel andere oriëntatie van de verschillende actoren en kan leiden tot conflicterende dubbelrollen.

Het zorginhoudelijke perspectief, tot slot, komt sterk naar voren in de definities die worden gehanteerd. Met name de definitie van ‘vraaggerichte zorg’, waarbij wordt gesproken over een gezamenlijke inspanning van hulpverlener en zorgvrager. Het ministerie van VWS geeft aan dat vraaggerichte zorg uiteindelijk op het individuele niveau, ofwel binnen de arts-patiëntrelatie vorm krijgt. Bij de modernisering van de curatieve sector wordt ook aangegeven dat de zorgverleners weer de zeggenschap moeten krijgen over het primaire proces. Het zorginhoudelijke perspectief krijgt vorm in de WGBO. In de WGBO worden de voorwaarden voor een meer gelijkwaardige behandelrelatie geformuleerd. Hierbij wordt geredeneerd vanuit het ‘shared-decision-making model’ (Charles, Gafni & Whelan, 1997). Er worden enerzijds verplichtingen geformuleerd voor de zorgverlener om de zorgvrager zoveel mogelijk te informeren en te ondersteunen, zodat deze op een juiste wijze de afwegingen en keuzes kan maken omtrent zijn behandeling (informed consent). Anderzijds worden er ook verplichtingen voor de zorgvrager geformuleerd. De zorgvrager moet de hulpverlener naar beste weten informeren over zijn eigen situatie en moet zich inspannen om in samenspraak met de zorgverlener tot een behandelplan te komen. Uiteindelijk speelt het zorginhoudelijke perspectief echter geen grote rol in het overheidsbeleid, omdat het beleid zich met name richt op de randvoorwaarden waarbinnen de zorgverleningsrelatie plaats moet vinden. Het patiënten- en consumentenbeleid formuleert allerlei aanbevelingen om de individuele zorgvrager beter toe te rusten voor zijn rol in de gezondheidszorg, maar daarbij wordt vooral aandacht geschonken aan de keuzemogelijkheden van de zorgvrager tussen zorgverzekeraars en aanbieders.

5.7 Het overheidsbeleid als context voor vraagsturing

In de inleidende paragraaf is aangegeven dat het overheidsbeleid de dynamiek van de Nederlandse samenleving, met daarbinnen de Nederlandse gezondheidszorg, incorporeert en anderzijds ook sturing tracht te geven aan de gezondheidszorg en daarmee onderdeel wordt van de dynamiek.

In hoofdstuk vier is het overheidsbeleid besproken als onderdeel van de institutionele context die ook mede de interorganisatiele afhankelijkheidsrelaties tussen actoren bepaald. Het overheidsbeleid wordt op zijn beurt echt ook beïnvloed door de kenmerken van het primaire proces en het handelen van actoren binnen de gezondheidszorg.

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een sterke publiek-private afhankelijkheid. Dit wordt ook weerspiegeld in het overheidsbeleid. In toenemende mate worden verantwoordelijkheden bij de veldpartijen neergelegd. Bestaande afhankelijkheidsrelaties tussen aanbieders, verzekeraars en zorgvragers worden meer naar

voren geschoven (de regierol van de zorgverzekeraar) en versterkt (de consumentenrol van de zorgvrager). De wijze waarop de overheid vorm probeert te geven aan de omslag richting meer vraaggerichte zorg en de versterking van de positie van de zorgvrager, laat een chronologische ontwikkeling zien. De eerste nota rondom het patiëntenbeleid, dat in het kader van de structuurnota is geschreven, benadrukt vooral het participatie perspectief. Dit perspectief is niet verlaten en in de laatste patiëntenbeleidsnota 'Met zorg kiezen' wordt de collectieve onderhandelingsmacht nogmaals benadrukt. De overheid heeft de patiëntenbeweging, die bottom-up is ontstaan, ook sterk gestimuleerd.

Door het rapport van de commissie Dekker is marktwerking in de Nederlandse gezondheidszorg geïntroduceerd en deze ontwikkeling is ook terug te vinden in het patiënten- en consumentenbeleid. Met het rapport van de commissie Dekker wordt niet langer gesproken over gedeelde verantwoordelijkheden, maar over rechten en soevereiniteit. Dit richt zich met name op de positie van de individuele zorgvragers. Daarbij wordt ook de rol van de zorgvrager steeds meer als rationele en kritische consument omschreven. Naast participatie en consumentenrechten is echter ook altijd gesproken over verantwoordelijkheid. Er is altijd op gewezen dat de zorgvrager verantwoordelijk om moest gaan met de publieke middelen waaruit de zorg wordt gefinancierd. Dat is een rode lijn in het patiëntenbeleid geweest.

De ontwikkelingen van de zorgvraag en de zorgvrager zijn ook van invloed op de vormgeving van het overheidsbeleid. De groeiende vraag naar (chronische) zorg en de maatschappelijke ontwikkelingen hebben geleid tot een heroriëntatie op de aansturing van de gezondheidszorg. Deze heroriëntatie is beschreven in een algemeen gezondheidszorgbeleid en een algemeen patiënten- en consumentenbeleid. Daarnaast wordt de modernisering van de gezondheidszorg echter ook uitgewerkt in twee moderniseringstrajecten: de modernisering van de AWBZ en de modernisering van de curatieve sector. In beide trajecten wordt de ontwikkeling van vraagsturing anders benaderd. In het traject 'modernisering AWBZ' wordt de rol van de zorgvrager als 'mondige burger' omschreven. Naast de doelstelling van zorg op maat wordt ook de vermaatschappelijking van de zorg centraal gesteld. De zorgvrager moet zolang mogelijk op eigen benen kunnen staan en de zorg moet dit ondersteunen. De zorgvrager heeft daarbij ook een verantwoordelijkheid om regie te nemen over zijn eigen situatie en zoveel mogelijk zelf vorm te geven aan zijn eigen zorg. Dit vraagt om een combinatie van een rol als 'consument' (economische perspectief), 'partner in het zorgproces' (zorginhoudelijk perspectief) en 'actief burger' (participatie perspectief). De drie perspectieven lijken in de AWBZ meer onderling vermengd met elkaar, wat te begrijpen valt door het feit dat in de AWBZ sprake is van langdurige zorg, waarbij de rollen van burger, verzekerde en zorgvrager meer door elkaar lopen.

In de AWBZ is ook gekozen voor de introductie van het persoonsgebonden budget. Dit budget zorgt er voor dat er een directe betaalrelatie ontstaat tussen vraag en aanbod, zonder tussenkomst van 'agenten'. De introductie van het PGB zorgt voor een relatief 'zuivere vorm' van marktwerking in de zorg. Waarbij vraag en aanbod door het marktmechanisme worden afgestemd.

In het traject 'modernisering curatieve sector' wordt de zorgvrager vooral aangesproken op zijn rol als consument. De zorgvrager moet zowel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen kiezen. In tegenstelling tot de AWBZ blijft de zorginkoopmarkt het speelveld voor verzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij wordt wel aangegeven dat de zorgverzekeraar als belangenbehartiger van zijn verzekerden optreedt. Hier wordt dus duidelijk gekozen voor het in stand houden van de principaal-agentrelatie tussen zorgverzekerde en zorgverzekeraar. Daarnaast wordt er ook onderscheid

gemaakt in verschillende deelmarkten. Voor de implementatie van het traject ‘modernisering curatieve sector’ is gekozen voor een deelmarktgewijze aanpak, waarbij de competenties en zorgsituatie van de zorgvragers op de verschillende deelmarkten bepalend is voor de mate waarin marktwerking (ofwel het economische perspectief) kan worden ingevoerd. Daarbij wordt ook expliciet uitgesproken dat de patiëntenorganisaties op collectief niveau een verantwoordelijkheid hebben voor het realiseren van de modernisering van de curatieve sector (participatie perspectief).

5.8 Conclusie

De beschrijving van het overheidsbeleid vanaf de structuurnota van Hendriks (1974) laat een continu spanningsveld zien tussen regulering en beheersing door de overheid en zelfsturing en coördinatie door veldpartijen. Uiteindelijk lijkt een definitieve keuze gemaakt te zijn voor liberalisering van de gezondheidszorgsector, waarbij de overheid wel duidelijk verantwoordelijkheid blijft nemen voor het waarborgen van de brede maatschappelijke belangen met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en solidariteit in de gezondheidszorg. De vernieuwingen leiden tot een herverdeling van taken en verantwoordelijkheden, waarbij de private actoren een meer centrale rol gaan vervullen en de overheid zich terugtrekt in een randvoorwaardenscheppende rol.

De zorgvrager wordt daarbij als stimulerende (voor aanbieders en zorgverzekeraars) en sturende actor naar voren geschoven. Het begrip vraagsturing wordt gehanteerd om deze (definitieve) breuk met aanbodregulering te benoemen. De overheid hanteert de definities van de RVZ om vraagsturing en vraaggerichte zorg te definiëren: “Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden.”

In de wijze waarop vorm wordt gegeven aan vraagsturing in het overheidsbeleid klinken echter de dilemma’s tussen overheidsregulering en decentralisatie van verantwoordelijkheden en tussen collectieve belangen en individuele belangen steeds door. Wetgeving werd als een belangrijke basis gezien voor de versterking van de positie van de zorgvrager, waarbij dus duidelijk topdown vorm is gegeven aan vraagsturing. Daarnaast zijn de regionale patiënten- en consumentenorganisaties ook door de overheid geïmplementeerd en ondersteund om op lokaal en regionaal niveau een gesprekspartner te creëren ter vertegenwoordiging van de zorgvrager. Daarnaast is de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van de zorgvrager op een gegeven moment gedelegeerd naar veldpartijen en is er sprake van een sterke deregulering om actoren in de gezondheidszorg meer handelingsruimte te geven. De zorgvrager wordt enerzijds toegerust om zich als kritische consument op te stellen en zijn eigen belangen na te streven op de zorgmarkt, maar anderzijds wordt ook herhaaldelijk gewezen op de verantwoordelijkheden die de zorgvrager, maar ook de andere actoren hebben ten aanzien van de bredere maatschappelijke belangen.

De drie perspectieven op vraagsturing presenteren zich allemaal in het overheidsbeleid. De doelstellingen van het overheidsbeleid worden vanuit het zorginhoudelijke perspectief geformuleerd, maar het overheidsbeleid richt zich vooral op het creëren van de randvoorwaarden die vanuit het economische perspectief en het zorginhoudelijke perspectief worden beschreven. Het economische perspectief vormt op dit moment het zwaartepunt van het overheidsbeleid. Deregulering en de introductie van

marktmechanismen moet vraag en aanbod op elkaar doen afstemmen en een doelmatige zorgverlening garanderen. Vanuit het participatie perspectief wordt gesproken over het waarborgen van publieke belangen, door te wijzen op gezamenlijke belangen en participatie van de zorgvrager in allerlei gremia.

De evaluatie van de verschillende kaderwetten die in het kader van het patiëntenbeleid zijn ingevoerd en de huidige positionering van de verschillende partijen laat zien dat de maatregelen van overheidswege wel degelijk prikkelend hebben gewerkt, maar dat de beoogde verschuivingen nog niet (geheel) hebben plaatsgevonden. De veranderingen in de formele institutionele context (overheidsbeleid), veroorzaakt door een groeiende spanning tussen het overheidsbeleid en de veranderingen in de samenleving, lijken gedeeltelijk te worden geabsorbeerd door de bestaande verhoudingen in de dagelijkse praktijk van de zorg. In de volgende hoofdstukken worden een vijftal casestudies bestudeerd die een beter inzicht geven in de wijze waarop betekenis wordt gegeven aan vraagsturing in de dagelijkse praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg.

6 Vraagsturing in de langdurige zorg

6.1 Inleiding

Het empirisch onderzoek bestaat, naast de in het vorige hoofdstuk besproken verkenning van het overheidsbeleid, uit vijf casestudies van zorgvernieuwingstrajecten. De volgende casus zijn onderzocht:

- De ontwikkeling van ‘verzorgingshuiszorg aan huis’;
- De opzet van een private thuiszorgorganisatie;
- De reorganisatie van een ziekenhuis richting een vraaggestuurde organisatie;
- De opzet van een sportmedisch centrum;
- De opzet van zelfstandige behandelcentra die ‘anderhalffijnzorg’ verzorgen.

De eerste twee casus hebben betrekking op zorg voor langdurige somatische aandoeningen. De laatste drie casus hebben betrekking op kortdurende, niet-acute somatische aandoeningen.

In dit hoofdstuk zullen de eerste twee casus worden beschreven. In paragraaf 7.2 wordt de casus ‘verzorgingshuiszorg aan huis’ besproken. Deze casus is in 2003 onderzocht. In paragraaf 7.3 wordt de casus ‘private thuiszorg’ beschreven. Deze casus is in 2004, begin 2005 onderzocht. De casus worden als volgt besproken:

- Eerst wordt ingegaan op de (initiatiefnemende) organisaties die centraal staan in het zorgvernieuwingstraject. Hierbij worden de structuurkenmerken van de organisatie besproken en de producten en diensten die door de organisaties worden geleverd.
- Vervolgens komt het zorgvernieuwingstraject aan de orde. Daarbij wordt eerst gekeken naar de aanleiding en de doelstelling van het zorgvernieuwingstraject.
- Daarna wordt de vormgeving van de zorgvernieuwing en het proces zoals dat is doorlopen besproken.
- Tot slot wordt er gekeken naar de betrokkenheid van externe partijen. Bij dit laatste onderdeel wordt ook ingegaan op de interacties tussen de partijen op lokaal en regionaal niveau.

De bovenstaande indeling vormt een leidraad voor een systematische bespreking van de casus. De analyse van de casus zal in hoofdstuk acht besproken worden.

6.2 Verzorgingshuiszorg aan huis

6.2.1 Introductie

Verzorgingshuiszorg aan huis (VAH) was een samenwerkingsinitiatief tussen een verzorgingshuis en een thuiszorgorganisatie in Brabant. Het project betrof het leveren van verzorgingshuiszorg bij de cliënt thuis. Met dit initiatief wilden de organisaties anticiperen op de toekomstige eisen en verwachtingen omtrent langdurige (ouderen)zorg. Het initiatief speelde in op de uitdagingen die de introductie van de functionele bekostiging/aanspraken in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met zich meebracht. Tegelijkertijd was de ontwikkeling van VAH een directe reactie op de verwachtingen die cliënten hadden ten aanzien van verzorgingshuiszorg op lokaal niveau.

6.2.2 Initiatiefnemers

Zowel het verzorgingshuis als de thuiszorgorganisatie boden hun diensten aan binnen de kaders van de AWBZ. Beide organisaties hadden een AWBZ-erkenning. Binnen de AWBZ worden zeven functies onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling, verblijf.

Het verzorgingshuis bood al deze zeven functies aan, zowel intramuraal als extramuraal, en had de producten in de volgende groepen onderverdeeld: hulp aan huis, wonen in een zorgcentrum, verzorging, verpleging, korter of langer verblijf, dagbehandeling en revalidatie.

De thuiszorgorganisatie bood alle functies aan met uitzondering van verblijf en had de producten onderverdeeld in de volgende clusters: verpleging en verzorging (waaronder huishoudelijke hulp); jeugdgezondheidszorg, kraamzorg, thuiszorgwinkel; gespecialiseerde verzorging; gezondheidsservice (extra kraamzorg, nachtzorg etc.); voeding en dieetadvies; uitleen, verhuur en verkoop van hulpmiddelen en verpleegartikelen.

Het verzorgingshuis

De organisatie

Stichting Welstaete was in 2000 ontstaan uit een fusie van zeven stichtingen voor intramurale verzorging en verpleging in de regio Uden/Veghel. De organisatie bestond uit 8 zorgcentra en 2 verpleeghuizen in de regio Uden-Veghel.

De locaties waren op tactisch niveau gebundeld in drie clusters (Sint Oedenrode, Veghel en Uden). De clustermanagers droegen zorg voor de vertaling van strategische keuzen naar het operationele niveau. Zij stelden het kader voor de betreffende clusters vast en ondersteunden de locatiemanagers bij de uitvoering van hun werk. Op operationeel niveau was de locatiemanager verantwoordelijk voor de uitvoering van de werkzaamheden, de afstemming en de besluitvorming op locatieniveau.

De locatiemanagers van Welstaete hadden alleen externe contacten die direct te maken hadden met de desbetreffende locatie en de directe omgeving rondom de locatie. Contacten die betrekking hadden op Welstaete als geheel verliepen op directieniveau.

De locatiemanagers, clustermanagers en de Raad van Bestuur werden ondersteund en geadviseerd door een bedrijfsbureau dat direct onder de Raad van Bestuur was gepositioneerd.

De cliëntenraad

Toen de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) in 1996 werd ingevoerd zijn alle bewonerscommissies en familieraden van de verschillende locaties omgezet in cliëntenraden. Daarnaast had Welstaete, na de fusie in 2000, gekozen voor een overkoepelende centrale cliëntenraad (de CCR). De CCR hield zich bezig met onderwerpen op stichtingsniveau, zodat de lokale cliëntenraden zich konden richten op de onderwerpen die dicht bij de cliënten lagen.

De CCR bestond uit twee leden vanuit elke locatie waarvan één lid plaatsvervangend was. Er was gekozen voor een constructie met een plaatsvervangend lid om continuïteit te waarborgen, gezien het grote verloop door ziekte en/of overlijden. Daarnaast gaf deze constructie de raadsleden de mogelijkheid om te overleggen, zodat mensen beter konden begrijpen wat er was besproken en vervolgens beter in staat waren om het terug te koppelen naar hun eigen lokale cliëntenraad.

De mensen die thuis verzorging en/of begeleiding kregen vanuit Welstaete waren (nog) niet vertegenwoordigd in de CCR. Er werd door respondenten aangegeven dat

er wel over werd nagedacht om in de cliëntenraden van Welstaete externe cliënten toe te laten, maar dat nog niet duidelijk was hoe dat vorm moest krijgen. Vertegenwoordiging door ouderenbonden werd in ieder geval niet de juiste weg geacht. De cliëntenraden, zowel lokaal als centraal, werden geassisteerd door een onafhankelijke ondersteuner die in dienst was van Welstaete. De rol van de ondersteuner varieerde per cliëntenraad, al naar gelang de behoefte aan ondersteuning.

De CCR had met name contact met de Raad van Bestuur, die op uitnodiging van de cliëntenraad bij vergaderingen aanwezig was. Zowel de ondersteuner als de voorzitter van de Raad van Bestuur gaven aan dat de relatie tussen de centrale cliëntenraad en de Raad van Bestuur goed was. De voorzitter van de Raad van Bestuur was van mening dat Welstaete een professionele cliëntenraad had met een professionele ondersteuner. Hij vond de cliëntenraad ook een goed instrument om het patiëntenperspectief in te brengen in de beleidsvorming. Daarnaast vond hij de cliëntenraad ook noodzakelijk om als bestuurder goed te kunnen besturen. In de gesprekken kwam tevens naar voren dat het in de beleidsvorming gebruikelijk was om documenten en notities pas vast te stellen op het moment dat het was voorgelegd aan de cliëntenraad en hun commentaar ook verwerkt was.

De kwaliteitscoördinator op centraal niveau had ook contact met de centrale cliëntenraad al bevond deze relatie zich nog in een opstartfase. Een clusterdirecteur gaf aan geen direct contact met de cliëntenraad te hebben, maar de clusterdirecteur sprak wel regelmatig met de ondersteuner van de cliëntenraad en werd ook schriftelijk geïnformeerd, zowel over de centrale cliëntenraad als de lokale cliëntenraden. Tot slot was de cliëntenraad ook vrij om mensen uit de organisatie uit te nodigen; bijvoorbeeld voor aanvullende informatie. De CCR legde ook externe contacten wanneer daar behoefte toe was.

De ondersteuner gaf aan dat de CCR ook wel eens ongevraagd advies gaf, maar dat dit niet regelmatig gebeurde. Mensen dachten er niet altijd aan en vaak was het volgens de ondersteuner ook niet nodig, omdat ze al in een vroeg stadium om advies gevraagd werden. De cliëntenraad kreeg altijd een terugkoppeling van wat er met hun advies gedaan was. Het advies werd altijd meegenomen, maar dat betekende niet dat het altijd werd overgenomen door het management.

Op lokaal niveau kwam de locatiemanager op uitnodiging van de lokale cliëntenraad op een vergadering en de locatiemanager voorzag, volgens de WMCZ, de cliëntenraad van de benodigde informatie. De kwaliteitsmedewerkers van de locaties moesten ook deelnemen aan bijeenkomsten van de lokale cliëntenraden. Wanneer locaties aanleunwoningen hadden, bestond er ook overleg met de huurdervereniging van de aanleunwoningen.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat de contacten tussen de locatiemanager en de lokale cliëntenraad varieerden per locatie. Enerzijds kwam dit door de leden van de cliëntenraad. Zo werd aangegeven dat in de cliëntenraden van de verpleeghuizen met name familieleden zaten die scherp waren en die stukken goed konden lezen en begrijpen. Veelal hadden familieleden ook zorggerelateerde beroepen. Deze cliëntenraden vroegen dus ook meer van de locatiemanager. In het verzorgingshuis zaten veelal bewoners in de cliëntenraad. De bewoners hadden het over de kwaliteit van het eten, de bejegening en de krapte in de zorg waardoor ze lang moesten wachten. Daarnaast was het ook een generatie die snel dacht dat ze dankbaar moesten zijn voor wat ze kregen.

Toen de cliëntenraden pas waren ingesteld moesten ze hun rol ook nog ontwikkelen. Zo werd aangegeven dat de cliëntenraden in het begin nog geneigd waren om als een

soort klachtencommissie te functioneren. De ondersteuner gaf aan dat de meeste leden van de cliëntenraden zich wel vrij voelden om naar een manager te gaan om iets te bespreken buiten de vergaderingen om.

Daarnaast bestond er een verschil in de manier waarop locatiemanagers omgingen met de cliëntenraad. Zo was er sprake van variatie in de wijze waarop de locatiemanagers de raden informeerden. De één liet de cliëntenraad al meedenken in het proces en de ander kwam met een volledig plan waar de cliëntenraad alleen nog commentaar op kon leveren.

De ondersteuner merkte dat de locatiemanagers in het begin niet goed wisten wat ze aan moesten met de cliëntenraad. De ondersteuner had daarom een korte cursus aan de locatiemanagers gegeven over cliëntenraden.

De ondersteuner gaf aan dat de mate en de wijze waarop de cliëntenraden betrokken werden bij zorgvernieuwingsprojecten ook afhankelijk was van het onderwerp. Wanneer het een nieuw onderwerp was, werd het vaak moeilijk gevonden om de cliëntenraad te informeren of mee te laten denken. De ondersteuner veronderstelde dat een cliëntenraad pas een idee kreeg van de inhoud van een project en de betekenis er van voor de bewoners als het project al liep.

Tot slot hadden de cliëntenraden wel een eigen budget, maar dat werd door de administratie van Welstaete beheerd. Voor grotere bedragen moest de cliëntenraad toestemming vragen.

Elke locatie van Welstaete had een lidmaatschap bij de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC). De cliëntenraden werden schriftelijk geïnformeerd en de LOC organiseerde regionale overleggen, themabijeenkomsten en cursussen. Daarnaast ondersteunde de LOC de cliëntenraden met werkbijeenkomsten. De ondersteuner had ook heel veel contact met de LOC.

Met de lokale ouderenbonden hadden de cliëntenraden niet veel contact. Als reden daarvoor werd aangegeven dat de cliëntenraden vaak zelf de behoefte niet hadden, omdat er al genoeg op ze af kwam binnen de cliëntenraad. De ondersteuner had slechts incidenteel contact met de ouderenbonden en met het Regionale Patiënten- en Consumenten Platform (RPCP). De cliëntenraden hadden zelf geen contact met het RPCP.

Missie

De missie van Welstaete luidde als volgt (jaarverslag, 2002): “Welstaete is een vraaggerichte onderneming in wonen, welzijn, verpleging, verzorging, begeleiding, reactivering en behandeling van mensen die door hun persoonlijke situatie de regie over hun dagelijks leven deels of geheel uit handen moeten geven.

Welstaete zorgt met respect, betrokkenheid en aandacht voor haar cliënten en stelt hen in staat om zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven te behouden, te vergroten dan wel over te nemen van hen die noodgedwongen daarin geassisteerd willen worden.

Welstaete gaat er van uit dat medewerkers de kwaliteit van de dienstverlening vormgeven, waarin behoud van een plezierig werkklimaat en zo flexibel en effectief mogelijk gebruikmaken van menskracht en middelen centraal staat.”

Daarbij hing Welstaete de volgende bedrijfsfilosofie aan : “Eigentijds maar met eenvoud, soberheid en een uitstekende service aan de cliënten is de kern van de bedrijfsfilosofie van Welstaete. De organisatie als geheel is de schakel tussen de cliënt en het beantwoorden van de zorgbehoefte. Het contact tussen cliënt en medewerkers is daarin het meest essentiële van het bedrijf dat Welstaete heet.”

Uit de gesprekken kwam naar voren dat de vormgeving van vraaggerichte zorg één van de thema's van het zorgbeleid was, als onderdeel van het ondernemingsplan van Welstaete. Het nieuwe motto in het ondernemingsplan was: "Keuze in zorg, zeker van zorg." Keuzevrijheid van mensen met betrekking tot zorgaanbieders en met betrekking tot de inhoud van zorg, maar ook de garantie dat Welstaete cliënten wil begeleiden op hun pad." Daarbij waren de volgende aandachtsgebieden geformuleerd:

- Het ontwikkelen zorgarrangementen, gebaseerd op de AWBZ-functies en de zorgvragen van (potentiële) cliënten;
- Het ontwikkelen PGB-arrangementen in samenspraak met de klant;
- De behoefte van de klant aan commerciële arrangementen c.q. activiteiten;
- De mate waarin Welstaete in wil gaan op de vraag van de cliënt en hoe ver Welstaete wil gaan met 'ondernemerschap';
- volledige invoering modernisering AWBZ.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat in het kader van het nieuwe ondernemingsplan van Welstaete ook een interne discussie had plaatsgevonden over wat de organisatie verstond onder de begrippen vraaggestuurd en vraaggericht. Daarbij werd gekeken hoe het verzorgingshuis de begrippen wilde invullen en op welke wijze de organisatie naar de begrippen keek. Een clustermanager gaf aan dat er voor gekozen was om het begrip cliëntsturing te gebruiken in plaats van vraagsturing, omdat vraagsturing niet als een eenduidig begrip werd gezien. Er werd aangegeven dat vraagsturing ook geïnterpreteerd kon worden vanuit de aanbieder waarbij wordt bekeken hoe de aanbieder zodanig kan sturen dat hij de juiste vraag krijgt. De discussie omtrent de begrippen 'vraagsturing' en 'vraaggerichtheid' was breed bekend binnen de organisatie, maar er was geen algemeen bekende definitie van het begrip vraagsturing binnen de organisatie.

Tot slot werd er ook aangegeven dat Welstaete de 'health care governance gedachte' volgde. Deze gedachte hield in dat een organisatie op een transparante wijze beleid maakte. De medezeggenschap en betrokkenheid van cliënten speelde daarbij een belangrijke rol.

De wijze waarop Welstaete dacht over de rol en de positie van de cliënt in het zorgverleningsproces werd duidelijk uit de uitgangspunten van het functieplan 2002/2003:

- Er wordt gestreefd naar een integraal samenhangend en onderling afgestemd aanbod van wonen, welzijn, verpleging en verzorging.
- De regionale vraagontwikkeling en het daarop leveren van een zowel intramuraal, transmuraal als extramuraal aanbod van adequate en flexibele vormen van wonen, welzijn, verzorging, reactivering en verpleging is het uitgangspunt.
- De mens is een autonoom, uniek, zichzelf bepalend wezen, functionerend binnen een eigen sociaal netwerk en vanuit een eigen culturele achtergrond.
- Startpunt voor het handelen van professionele zorgverleners is de door de aanvrager/gebruiker gestelde zorgvraag.
- De cliënt bepaalt de inhoud en het verloop van de zorg- en dienstverlening.
- Het reactiveren en zolang mogelijk zelfstandig houden van betrokkenen staat voorop, zowel intramuraal als gericht op de thuissituatie.
- Cliënten wonend in de regio kunnen een zo volledig mogelijk zorgpakket krijgen.[..]
- In relatie tot de vraag naar zorg worden privacy en keuzevrijheid gerespecteerd en gegarandeerd.

Meerdere respondenten gaven aan dat Welstaete ten tijde van het onderzoek met name vraaggericht was. Zo werd aangegeven dat de wensen van de cliënten nog werden aangepast aan datgene wat er aangeboden kon worden. Verder werd aangegeven dat de integratie van het cliëntenperspectief, zowel door marktonderzoek, tevredenheids-onderzoeken als participatie van de cliëntenraden, verbeterd kon worden.

Stichting Welstaete had wel een traject uitgezet om inhoud te geven aan het begrip vraagsturing. Daarbij was het primaire niveau (het contact tussen medewerker en cliënt) als startpunt genomen en werd de methodiek van de balanced scorecard gebruikt. Op vier resultaatgebieden (financieel perspectief, customer perspectief, process perspectief en learning en innovation perspectief) werden acties ondernomen om vorm te geven aan cliëntsturing. De respondenten gaven echter aan dat ze bij de uitvoering van dit traject wel tegen beperkingen aanliepen. De zorgvraag intensiverde en de budgetten werden daar niet in gelijke mate op aangepast. Tegelijkertijd werd er echter een vernieuwingsslag van de instellingen gevraagd. Het verzorgingshuis moest extramuraliseren, nieuwe producten leveren en een slag maken met cliëntsturing, terwijl er beperkingen waren in geld, tijd van mensen, verwerkingscapaciteit van mensen en innovatief vermogen van de organisatie.

De thuiszorgorganisatie

Organisatie

Bij de Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost werkten meer dan 2000 medewerkers, waarvan het overgrote deel binnen de directe zorgverlening. Tientijde van het onderzoek was het werkgebied van de Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost onderverdeeld in drie rayons: Land van Cuijk, Maasland (Oss en omgeving), Uden/Veghel en een regionaal kantoor. Elk rayon had een directeur die ressorteerde onder de Raad van Bestuur. Per Rayon was er ook een middenmanagement, met één manager per productgroep (waaronder een manager Verpleging en Verzorging).

In 2003 was de thuiszorgorganisatie overgegaan van een rayonale indeling naar vier integraal verantwoordelijke divisies, met een eindverantwoordelijke directeur per divisie. Doelstelling van de herstructurering was om meer focus te genereren op de verschillende primaire productieprocessen van de organisatie.

Cliëntenraad

Toen de WMCZ in 1996 in werking trad had de thuiszorgorganisatie het RPCP ingeschakeld om mensen te vinden voor de cliëntenraad. De cliëntenraad was vanaf 1 januari 1997 werkzaam en in 2001 had de cliëntenraad zes leden. Deze leden kwamen zes keer per jaar bij elkaar en daarnaast had de cliëntenraad vier vergaderingen met de Raad van Bestuur. De cliëntenraad had ook één keer per jaar overleg met de Raad van Toezicht.

De cliëntenraad had een ondersteuner die in dienst was bij de thuiszorgorganisatie. Naast de ondersteuner was er ook een secretaresse. De voorzitter van de cliëntenraad vond dat er altijd alle medewerking was van de Raad van Bestuur en de directie en dat de cliëntenraad goed geïnformeerd werd.

Na twee jaar was de cliëntenraad zich gaan bezinnen op haar rol, positie, taken en verantwoordelijkheden. De cliëntenraad functioneerde moeilijk, omdat er vanuit het RPCP alleen maar mensen van boven de 65 voorgedragen werden. De jonge leden van het RPCP hadden vanwege andere bezigheden (zoals werk) veelal geen tijd om als afgevaardigde te werken. Daarnaast was er een aantal leden van de raad, dat vanwege omstandigheden regelmatig niet naar de vergaderingen kwam.

Hierdoor gebeurde het dat er soms maar twee of drie vergaderingen per jaar waren. Tevens was het zo dat de directeur van de thuiszorg voorzitter was van de cliëntenraad. De agenda werd ook opgesteld door de thuiszorg. De leden gaven tijdens de vergadering wel gesprekspunten aan en daar werd goed naar geluisterd, maar in de structuur was het zo dat de thuiszorg alles in handen had.

Er is toen uiteindelijk een nieuwe cliëntenraad geïnstalleerd waar mensen inzaten met verschillende achtergronden (gemeenten, vanuit de zorgverzekeraars, een gepensioneerde huisarts, iemand vanuit de gehandicaptenzorg). De thuiszorg beschouwde de cliëntenraad op het moment van het onderzoek als een pittige dialoogpartner, een partner om vraagstukken goed mee op de rit te krijgen.

Eén van de speerpunten van de nieuwe cliëntenraad was de ontwikkeling van het contact met de achterban. Zo waren ze van plan een enquête uit te zetten.

De 'nieuwe' cliëntenraad had ook een eigen begroting. De kosten waren voor de thuiszorg nooit een punt geweest, maar het werd gezien als een belangrijke stap in de ontwikkeling van de cliëntenraad.

De contacten van de cliëntenraad met externe partijen liepen via de contactpersoon in het secretariaat van de thuiszorg. Het was daarbij niet zo dat er altijd iemand van de Raad van Bestuur bij moest zitten. De cliëntenraad had ook één keer per jaar contact met het zorgkantoor. Daar zat de thuiszorg dan niet bij. Het overleg met de cliëntenraad en het zorgkantoor werd door de voorzitter van de cliëntenraad als goed ervaren. Tijdens het onderzoek had de cliëntenraad nog recent een bijeenkomst gehad met het zorgkantoor en hij had toen gevraagd hoe de cliëntenraad en het zorgkantoor de kwaliteit van de thuiszorg zouden kunnen beoordelen. Ze hadden ook gevraagd hoe de positie van de cliëntenraad versterkt kon worden door het zorgkantoor en door het RPCP.

Doordat de voorzitter van de cliëntenraad ook functies vervulde bij het RPCP en de ouderenbond kwam hij de contactpersoon van het zorgkantoor ook regelmatig tegen in de regiovisie. Daarnaast kwam het zorgkantoor ook regelmatig toelichtingen geven bij het RPCP.

De cliëntenraad werd ondersteund door de LOC. De voorzitter had een aantal bijeenkomsten bijgewoond van de LOC, maar vond dat die hun weg nog moesten vinden voor de thuiszorg en de ziekenhuizen. De LOC was, volgens de voorzitter, primair gericht op cliëntenraden van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. De cliëntenraad had geen contact met cliëntenraden van andere zorgaanbieders.

Missie

De missie van de thuiszorgorganisatie luidde als volgt (jaarverslag, 2001): "Wij zorgen ervoor dat de mensen in het werkgebied van Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost zo lang mogelijk, zo zelfstandig mogelijk en zo 'thuis' mogelijk kunnen blijven leven."

De statutaire doelstelling was als volgt omschreven: "De organisatie stelt zich ten doel om, waar mogelijk en gewenst in samenwerking met andere organisaties, binnen haar werkgebied te voorzien in de behoefte aan thuiszorg, opgevat in de meest ruime zin van het woord, door middel van het verrichten van al die activiteiten, die met deze doelstelling verband houden en kunnen bijdragen tot verwezenlijking van die doelstelling."

Uit de gesprekken kwam naar voren dat de thuiszorgorganisatie geen specifieke definitie van vraagsturing hanteerde, maar de respondenten gaven aan dat er wel allerlei invullingen werden gebruikt die leidden tot een beeld van wat ze onder vraagsturing

verstonden. Zo gaf een rayondirecteur de volgende definitie “dat een klant aangeeft wat hij wil of dat de thuiszorg een pakket aanbiedt en de klant daaruit kiest wat hij wil.” Net als het verzorgingshuis gaf de directeur van de thuiszorgorganisatie aan dat de organisatie ten tijde van het onderzoek vraaggericht was in plaats van vraaggestuurd. Dit werd ook bevestigd door de voorzitter van de cliëntenraad. Ze deden in principe wat de klant vroeg, maar de organisatie ontwikkelde zich nog sterk zorginhoudelijk, zonder de vraag te stellen wat dit bestuurlijk betekende. Dat was ook een van de uitdagingen die de thuiszorgorganisatie zichzelf gesteld had: om meer vraaggestuurd te worden. De functiegerichte indicatie zorgde er voor dat de zorg al meer vraaggestuurd werd aangeboden, omdat de indicatie niet langer aanbodgeoriënteerd was.

De thuiszorg was ten tijde van het onderzoek bezig met een analyse van het zorgproces binnen het cluster Verzorging & Verpleging. De analyse werd gedaan in het kader van de nieuwe functiegerichte financiering van de AWBZ. De nieuwe, functiegerichte indicatie had ook invloed op de relatie tussen de thuiszorgorganisatie en de klant. Door de nieuwe indicatie kreeg de thuiszorg alleen nog maar een functie-indicatie. Dit betekende dat de thuiszorg daarna nog de vraag van de klant moest gaan analyseren. De vraag was met de nieuwe indicatie dus minder duidelijk geworden, maar de functionele indicatie gaf de thuiszorgorganisatie wel meer handelingsruimte en flexibiliteit. De financiering van de zorg vormde echter voor de thuiszorg een beperking, net als bij het verzorgingshuis. De organisatie kreeg namelijk een gemiddelde financiering. Daardoor werd de organisatie gestimuleerd om het minimale te bieden, terwijl de klant het maximale wilde. Dit zorgde voor een sterk economisch georiënteerde onderhandeling over zorg.

Er werd ook aangegeven dat de wetgeving ter versterking van de positie van de patiënt betekende dat de thuiszorg afspraken moest gaan maken met de cliënt. Er zitten namelijk ook grenzen aan de mogelijkheden van de zorgverlening (onder andere door de ARBO-regels), ook al wordt de klant steeds meer koning. De thuiszorg zette in op de keuzemogelijkheden en het meepraten van de cliënt, met name op het individuele niveau. Er werd aangegeven dat een belangrijk karakteristiek van thuiszorg is dat de hulpverlener te gast is bij de cliënt. Dit zou de klantgerichtheid bevorderen. Dit wilde de thuiszorg versterken door samen met de cliënt een zorgplan op te stellen en te evalueren.

De thuiszorgorganisatie zag de ontwikkelingen rondom vraagsturing ook als een manier om zich te profileren ten opzichte van de ‘nieuwe’ concurrenten. Zo gaf de organisatie in het nieuwe meerjarenbeleidsplan aan dat ‘het kennen van hun markt’ beter ontwikkeld moest worden. Het was belangrijk om de ontwikkelingen in de gaten te houden door middel van marktonderzoek. Ook bleek uit de gesprekken dat de thuiszorg meer bezig was met dit strategische element van vraagsturing dan de verzorgingshuizen.

De thuiszorgorganisatie had met de intramurale zorgaanbieders wel afgesproken dat ze niet zouden gaan concurreren, maar de vraag was nog of die afspraak kon gelden voor de hele regio en het hele productenpalet.

6.2.3 Verzorgingshuiszorg aan huis

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding

Er waren drie aspecten die hadden bijgedragen aan de introductie van VAH. Het eerste aspect betrof de verwachtingen, wensen en behoeften van (potentiële) klanten van het verzorgingshuis. Zo waren de eerste ontwikkelingen rondom VAH met name ingegeven door de verwachtingen richting de verzorgingshuizen van mensen die in de aanleunwoningen kwamen wonen. Het woord ‘aanleunwoning’ gaf de mensen het idee dat het meer betekende dan alleen het wonen naast een verzorgingshuis. Daarnaast was het zo dat mensen uit de kerndorpen waar geen verzorgingshuis was, ook heel graag verzorgingshuiszorg wilden hebben in de eigen woonkern. De tijdelijke huisvesting van een bejaardenhuis vanwege nieuwbouw had die discussie gestimuleerd in twee dorpen, waardoor de gemeenten behoorlijk wat druk uitgeoefend hadden op het verzorgingshuis om voorzieningen te creëren.

Een tweede aspect was het feit dat er een capaciteitsprobleem was, wat het verzorgingshuis er toe motiveerde om extramurale zorg te gaan organiseren. Welstaete was nieuwbouw aan het opzetten voor de intramurale zorg, maar het beddenaantal moest daarbij worden afgebouwd. Daarom ging hun organisatieontwikkeling naar buiten toe, de wijken in. Daarnaast was er een wachtlijstproblematiek. Dit zorgde ook voor een noodzaak om de ouderen zo lang mogelijk thuis te laten blijven.

Tot slot waren er financiële middelen beschikbaar. Zo waren er in de gemeente Landerd vanuit de zwevende-bedden problematiek (vanuit het verzorgingshuis) middelen beschikbaar om VAH vorm te geven.

Doelstelling

Reeds voor het ontstaan van Welstaete, als gefuseerde organisatie, waren op meerdere locaties initiatieven ontstaan rondom VAH. Centraal element in de doelstellingen van deze initiatieven was het streven om mensen zo lang mogelijk in hun eigen situatie, zo zelfstandig mogelijk te laten wonen.

Het oplossen van capaciteitsproblemen vormde ook een doelstelling. Dit kwam naar voren in de geformuleerde doelstelling van een van de initiatieven: “opname in zorgcentrum uitstellen en wachtlijst reduceren door realisatie van een integraal vraaggestuurd aanbod van zorg- en dienstverlening. Dit door middel van een zorgteam onder regie van het zorgcentrum.” Nevendoelen waren: “lever de zorg zoals de ouderen dat wensen (vraaggestuurd).” Het verzorgingshuis hoopte, tot slot, ook dat VAH zou leiden tot een betere benutting van de zorgcapaciteit. Mensen maakten gebruik van zware zorg terwijl ze dat niet nodig hadden en dat leidde tot een verminderde toegankelijkheid voor mensen die die zorg wel nodig hadden.

Vormgeving van verzorgingshuiszorg aan huis

VAH werd als volgt omschreven: “...betroft alle begeleiding, verzorging en verpleging, die aan cliënten wonend buiten de muren van de instellingen (locaties), wordt geleverd door medewerkers van Welstaete en Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost” (Beslisdocument VAH, 2003). VAH kende de volgende centrale uitgangspunten: vraagsturing, vraaggerichtheid en de wens van de cliënt als uitgangspunt. Daarbij werden de kenmerken van de streek werden als beïnvloedende factor beschouwd. Zo werd duidelijk aangegeven dat elke locatie de ruimte moest krijgen om de zorg met ‘couleur locale’ vorm te geven. De zorg moest tevens belevingsgericht zijn.

Dit betekende dat de zorgverlening erop gericht moest zijn om ook op het belevingsniveau van de individuele cliënt de levenskwaliteit te ondersteunen. De volgende kenmerken van VAH werden onderscheiden:

- Er is een sterke regiefunctie die zich positioneert aan de kant van de cliënt (vraagzijde);
- Zorg is gericht op ondersteuning van de algemene levenskwaliteit in alle aspecten;
- ADL en HDL-zorg is sterk gericht op het compenseren van zelfzorgtekorten met het accent op het ondersteunen van een algemeen gevoel van welbevinden (bijv. overnemen van zelfzorghandelingen als dit het algemeen welbevinden van de cliënt bevordert);
- Toegang tot een integraal aanbod van zorg en dienstverlening;
- De zorg is niet locatiegebonden;
- In de keten bevindt VAH zich tussen thuiszorg en intramurale verzorgingshuiszorg in.

De cliënten die in aanmerking kwamen voor VAH, waren in principe dezelfde als voor intramurale verzorgingshuiszorg, maar daarbij werden de volgende voorwaarden gesteld:

- De verschillende problemen elkaar niet in ernstige mate versterken (meervoudige problematiek);
- Er geen sprake is van (ernstige) psychosociale problematiek;
- Er geen ernstige gevoelens van onveiligheid bestaan als gevolg van de woonomgeving.

Er werd verondersteld dat de competenties van cliënten om regie te voeren over hun eigen zorg zouden variëren en dat cliënten in veel gevallen toch wel ondersteuning nodig zouden hebben bij het coördineren van hun zorg. Hierin was tegemoetgekomen door het instellen van een zorgconsulent. De positie van de zorgconsulent bevond zich op het raakvlak van vraag en aanbod.

De lengte van de periode waarin iemand zorg krijgt werd ook van invloed geacht op de wijze waarop VAH vorm kreeg: "... hoe langer de zorg gegeven wordt hoe belangrijker de persoon wordt die de zorg geeft en niet zozeer de zorg" (Beleidsdocument VAH, 2002). Naast de cliënt speelde ook het cliëntsysteem een rol. Wanneer zorg thuis werd geleverd, werd het ook belangrijk geacht om te kijken naar de draagkracht van de mantelzorger.

Grenzen aan VAH werden veroorzaakt door beschikbare financiën en andere materiële omstandigheden. Als er sprake was van de volgende omstandigheden werd het verlenen van VAH moeilijker te realiseren:

- Regelmatige behoefte aan onplanbare zorg door twee personen;
- Regelmatige behoefte aan onplanbare zorg met grote reisafstanden binnen de zorginfrastructuur;
- Ongeschikte woning in relatie tot functieprobleem van de cliënt of arbeidsomstandigheden van de zorgverleners;
- Onvoldoende vervoersmogelijkheden voor bezoek welzijnsactiviteiten.

De samenwerking tussen thuiszorg en verzorgingshuis werd als basis van VAH gezien. Binnen de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' konden drie vormen van samenwerking worden onderscheiden:

- Een geïntegreerd team van medewerkers van de thuiszorg en medewerkers van het verzorgingshuis;

- Een samenwerking tussen de thuiszorg en het verzorgingshuis met een onderlinge taakverdeling;
- Een zorgconsulent.

Deze drie vormen waren ontstaan doordat de huidige locaties van Welstaete reeds voor de fusie in 2000 initiatieven hadden ontplooid met betrekking tot VAH. In eerste instantie was VAH gestart in de aanleunwoningen, daar kreeg het ten tijde van het onderzoek ook met name vorm. Het verzorgingshuis was samen met de thuiszorgorganisatie ook bezig met een overkoepelend pilotproject omtrent de organisatie van ongeplande zorg.

Een geïntegreerd team

Doelstelling van de opzet van het geïntegreerde team, bestaande uit zowel medewerkers van het verzorgingshuis als medewerkers van de thuiszorg, was dat er een zorgketen zou worden bewerkstelligd voor de bewoners van de aanleunwoningen. Daarbij was de integratie van de twee samenwerkende organisaties een belangrijk aspect was. Verder zou de zorg vraaggestuurd ontwikkeld worden.

Een stuurgroep extramurale zorg was op tactisch niveau verantwoordelijk voor de zorg- en dienstverlening in de aanleunwoningen. De locatiemanager van het zorgcentrum was op operationeel niveau verantwoordelijk voor de zorg- en dienstverlening in de aanleunwoningen. De locatiemanager onderhield op operationeel niveau contact met de manager Verpleging en Verzorging van de thuiszorg. De teamleider van het zorgcentrum was op uitvoerend niveau verantwoordelijk voor de zorg- en dienstverlening. Zorginhoudelijk had de thuiszorg de leiding en de leiding over het team lag bij Welstaete. Er was enerzijds gekozen voor deze constructie omdat het een samenwerking betrof en de leiding dan eerlijk verdeeld was, anderzijds was het zo geregeld om gebruik te kunnen maken van de expertise van de wijkverpleegkundige. Het bracht ook met zich mee dat de zorg niet automatisch een voortzetting werd van thuiszorg, maar dat er bewust discussies werden gevoerd tussen extramurale en intramurale gewoontes, waardoor er echt een nieuwe vorm van zorg ontstond. De cliënt was in principe zelf verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg- en dienstverlening. Indien gewenst kreeg de cliënt ondersteuning van een eerstverantwoordelijke, een medewerker van het zorgteam.

Onderlinge taakverdeling

Bij de locatie waar gekozen was voor een onderlinge taakverdeling tussen thuiszorg en verzorgingshuis, was vanaf het begin het uitgangspunt om VAH op een pragmatische manier vorm te geven, waarbij de zorg geleverd moest worden vanuit de wensen en behoeften van de cliënten. Dat betekende dat het leveren van het product geen doel op zich was. Zolang er alleen sprake was van geplande zorg leverde de thuiszorg de zorg. Zodra er sprake was van ongeplande zorg (met of zonder geplande zorg) dan nam locatie 'Odendaal' van Welstaete het over. Ten tijde van het onderzoek werd VAH zorg geleverd door één van de teams die binnen 'Odendaal' werkte. De afspraken tussen Odendaal en de Thuiszorg waren met dien verstande gemaakt dat de cliënt er altijd een stem in had. Als een cliënt alleen geplande zorg nodig had, maar wel wilde dat 'Odendaal' dat leverde, dan gaven ze daar in toenemende mate aan toe.

Een woonzorgconsulent

Bij de locatie waar een zorgconsulent aanwezig was konden de mensen met een verzorgingshuisindicatie die in een aanleunwoning woonden, kiezen van wie ze de zorg

geleverd kregen. Als ze zorg van de thuiszorg wilden dan kregen ze gewoon het zorgpakket van de thuiszorg. Als ze zorg van het verzorgingshuis wilden dan kregen ze echt verzorgingshuiszorg aan huis met alle begeleiding die daar bij hoorde en dan was de thuiszorg ook uit beeld.

Bewoners van het complex die een thuiszorgindicatie hadden, kregen in principe zorg van de thuiszorg. Als daar een wachtlijst voor was dan leverde het verzorgingshuis die zorg tijdelijk en declareerden ze dat bij de thuiszorg.

Binnen het project had Welstaete het idee geopperd om een woonzorgconsulent aan te stellen. Het doel van de woonzorgconsulent werd omschreven als coördinatie van de totale zorg van mensen die gebruik maken van het zorg- en dienstenpakket binnen de geclusterde woonvormen en mensen met een indicatie voor verzorgingshuiszorg buiten de geclusterde woonvormen.²² De woonzorgconsulent was eerstverantwoordelijke voor de totale organisatie en inzet van het individuele zorgpakket. Welstaete was met de woonzorgconsulent begonnen om aan de gemeente te laten zien dat de woonzorgconsulent een toegevoegde waarde had voor de zorgverlening. Volgens de voormalige locatiemanager hadden de cliënten het uiteindelijk als een grote meerwaarde van het project gezien dat er iemand was waaraan ze makkelijk vragen konden stellen. De woonzorgconsulent was op het moment van het onderzoek niet declarabel, omdat declaratie pas mogelijk was op het moment dat iemand een indicatie had. Het werk van de woonzorgconsulent betrof echter juist het toe leiden van mensen naar een indicatie.

Pilotstudy

In een overkoepelend beslisdocument, geschreven voor VAH (2003), werd aangegeven dat het tijd was om bredere ervaring op te gaan doen met verzorgingshuiszorg aan huis door middel van een pilot. Met deze pilot wilde men duidelijk krijgen hoe verzorgingshuiszorg aan huis –planbaar en onplanbaar- exploitabel kon zijn en in welke vorm deze zorg geboden moest worden. Gedurende twee jaar zou op twee plaatsen in de huidige regio een proef opgezet worden met extramurale zorg. De proefregio's waren de kern Veghel en de gemeente Landerd. In Veghel woonden veel ouderen in een kleine straal rond de verzorgingshuizen. Veghel was wat stedelijker. Landerd was een dorp met drie kernen (Zeeland, Schayk en Reek). In Veghel was de thuiszorg projectleider en in Landerd was Welstaete projectleider.

Binnen de verschillende initiatieven rondom VAH was het begrip vraagsturing niet expliciet besproken, maar men was wel bezig met de essentie van het concept: een centrale rol van het vragerperspectief. In een nota rondom het project 'zorgconsulent' was aangegeven dat bij ketenkwaliteit (waar VAH onder werd geschaard) de zorgvragers en de zorgprocessen centraal stonden en niet de professionals en de sectoren die de zorg verlenen. Centraal stond de vraag: hoe kan het zorgverleningstraject zo worden ingericht dat het optimaal was voor de zorgvrager? Het was de bedoeling dat bij de pilotstudy het concept vraagsturing en de betekenis van het concept verder uit te werken.

Proces

Verzorgingshuiszorg aan huis was een initiatief van Welstaete, maar alles was vanaf het begin in samenspraak met de thuiszorg tot stand gekomen. De modernisering van de AWBZ-zorg, waaronder de introductie van de functiegerichte indicatie, gaf de mogelijkheid aan intramurale zorginstellingen om extramurale zorg te leveren. Welstaete en de thuiszorg waren hier bewust mee omgegaan. Een rayondirecteur van de

thuiszorg gaf het als volgt aan: “De visie blijft overeind, maar je hebt er als organisatie ook belang bij om te groeien als organisatie en dat geldt zowel voor Welstaete als voor de thuiszorg. Op het moment als er zoiets als functionele indicatie wordt geïntroduceerd dan kun je twee dingen doen: je kunt fuseren of concurreren. Thuiszorg wil beide niet. Ze willen geregleerde samenwerking of geregleerde concurrentie.”

Er was wel duidelijk afgesproken op het niveau van de Raad van Bestuur dat de cliënt kon kiezen. Welstaete wilde wel voorkomen dat mensen die in de omgeving van het verzorgingshuis woonden vaak voor Welstaete zouden kiezen, omdat ze beter bekend waren met het verzorgingshuis. Voor de thuiszorgorganisatie zou dat als werkgever niet aantrekkelijk zijn als Welstaete alle zorg in de aanleuncomplexen zou leveren en de thuiszorg op de achterafdielen en in gehuchten de klanten had.

Welstaete had het meest getrokken aan de ontwikkeling van VAH. Dit kwam omdat zij er de meeste baat bij hadden. Bij de nieuwbouw moesten ze het aantal bedden reduceren en ze hadden te maken met wachtlijsten, dus ze hadden veel belang bij de extramuralisering van de zorg. De thuiszorg zat daar meer ambigue in. Enerzijds wilden ze graag dat Welstaete een gezonde organisatie bleef, omdat de vraag naar zorg groot was. Anderzijds ervaarde de thuiszorg het dat Welstaete zich op zijn terrein begaf. De thuiszorg was er dan ook minder van overtuigd dat VAH-zorg iets anders was dan thuiszorg.

Per locatie was er variatie in de mate waarin de thuiszorg en Welstaete een trekkersrol vervulden. De ideeën van de thuiszorg en Welstaete over VAH kwamen redelijk overeen. Een rayondirecteur van de thuiszorgorganisatie gaf aan dat ze wel botsingen hadden verwacht, maar dat dit niet gebeurd was. De nieuwe functionele indicatiestelling had ook niet tot spanning geleid tussen Welstaete en de thuiszorg. Dat kwam mede doordat er voldoende vraag naar zorg was. Het aanbod kon de vraag niet aan waardoor er juist alle reden was om samen te werken en gebruik te maken van elkaars infrastructuur en ervaring.

In het hiernavolgende zal verder worden ingegaan op de processen rondom de verschillende vormen van VAH.

Een geïntegreerd team

Het project op de locatie Sint Jan van Stichting Welstaete was een deelproject van ‘Zorg in aanleunwoning’ binnen de regio Uden/Veghel. In 1999 was op initiatief van de Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost en de voormalige stichting SITO regio Uden/Veghel een werkgroep geformeerd met als doel de mogelijkheden van grensoverschrijdende samenwerking te onderzoeken. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de thuiszorg, zorgcentra en het samenwerkingsverband van zorgaanbieders en gemeenten in de subregio Uden/Veghel. De werkgroep kreeg de opdracht om twee uitvoeringsmodellen op te zetten:

- Zorg in aanleunwoningen waarbij het zorgcentrum de regie heeft over de zorgverlening;
- Zorg in seniorencomplexen waarbij de thuiszorg de regie heeft over de zorgverlening.

In het zorgcentrum Sint Jan in Uden was het eerste model uitgewerkt. Het project had een doorstart doorgemaakt, omdat er communicatiestoornissen waren ontstaan tussen de thuiszorgorganisatie en het verzorgingshuis. Tevens waren sleutelfiguren overgeplaatst, onder andere door fusies. In 2001 was het proces weer opgepakt, omdat er onvoldoende doorstroom was van verzorgingshuis naar verpleeghuizen, waardoor de verzorgingshuizen vol zaten en de zorg steeds meer extramuraal gegeven moest

worden. De herstart was samen met de thuiszorg gemaakt. Leden van het geïntegreerde team waren zowel bij het verzorgingshuis als bij de thuiszorg geworven. Het zorgteam in de aanleunwoningen was in 2002 geëvalueerd. Daaruit kwam naar voren dat de zorg vrijwel altijd op het gewenste tijdstip geleverd kon worden, maar er werd ook aangegeven dat het voor de medewerkers soms hard lopen was om aan de wensen van de cliënt tegemoet te komen. Het was ook niet altijd mogelijk om met zo min mogelijk medewerkers bij een cliënt zorg te leveren. Over de samenwerking binnen het team werd aangegeven dat het een open relatie was en dat men van elkaar leerde.

In 2003 was het VAH-project in Sint Jan wederom geëvalueerd. De evaluatie was uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator van Welstaete en een beleidsmedewerker van de thuiszorg. Uit deze evaluatie waren de volgende conclusies getrokken:

- De klanten waren over het algemeen tevreden. Ze hadden bewondering voor het hard werkende team en stelden de gegeven bejegening op prijs. Men ervaaarde ook een zekere veiligheid door de aanwezigheid van het zorgteam.
- Het project was met name geslaagd door het enthousiasme van het zorgteam, dit was echter onvoldoende basis om het als een professioneel geheel te zien.
- Het was waarschijnlijk dat de doelstelling van uitstel van opname en reductie van de wachtlijsten was gerealiseerd. De uitplaatsingcriteria waren echter onduidelijk, waardoor het gevaar bestond dat VAH langer geboden werd dan de bedoeling was.
- De samenwerking tussen de thuiszorgorganisatie en Welstaete werd kwetsbaar genoemd in de evaluatie. Dit kwam doordat het team afhankelijk was geworden van de wijkverpleegkundige; overlegmomenten niet ingevuld waren zoals gepland; inwerkprogramma's en vervanging onvoldoende geregeld waren en omdat er geen of onvoldoende communicatie was met het management. Tot slot was het ook onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk was.

Het leveren van VAH bij de locatie Sint Jan zou worden uitgebreid. Het was de bedoeling dat de ongeplande zorg ook wat meer in de wijk geleverd zou gaan worden. Het team was al voor de serviceflat aan de overkant van het verzorgingshuis aanspreekbaar voor ongeplande oproepen. De medewerkers van het geïntegreerde team wilden zelf ook meer naar buiten.

De cliëntenraad van Sint Jan had wel kennis genomen van het project, maar was er niet bij betrokken geweest. De cliëntenraad was ook niet betrokken geweest bij de evaluatie, maar kreeg wel een evaluatierapport. Er waren ook geen patiëntenorganisaties bij de evaluatie betrokken. De huurdercommissie van de aanleunwoningen was wel betrokken geweest bij het project. De locatiemanager informeerde de huurdercommissie. Toen het team van start ging was er een kennismakingsmiddag geweest voor alle bewoners van de aanleunwoningen.

Onderlinge taakverdeling

In augustus 2001 was een eerste aanzet gegeven voor extramuralisering van verzorgingshuiszorg rondom de locatie Odendaal. Het project was van start gegaan, omdat in 2001 het concept VAH binnen Welstaete was geïntroduceerd en er toen ook gelden beschikbaar waren om het project op te starten. Het project was toen echter al snel weer gestopt, omdat de coördinator van het project langdurig uitviel. In 2002 had de interim-manager van Welstaete het project weer opgepakt. Uiteindelijk was VAH-zorg in Odendaal in januari 2003 officieel van start gegaan.

Het initiatief voor VAH lag bij Welstaete, maar ze hadden bij Odendaal altijd hele goede contacten gehad met de thuiszorg dus de contacten rondom VAH waren snel

gelegd. Ze hadden ook steeds geprobeerd om de producten in overleg vorm te geven, aldus de locatiemanager van Welstaete. De afspraken tussen de locatie Odendaal en de thuiszorg waren op papier vastgelegd en vanuit strategisch niveau was er een notitie met randvoorwaarden gekomen.

Het team dat op het moment van het onderzoek VAH zorg leverde, was gekozen omdat het fysiek het dichtst bij de aanleunwoningen zat. Daarnaast had de teamleider de zorg- en bewonerszaken in haar portefeuille.

De bewoners waren geïnformeerd door middel van informatieavonden. Deze avonden waren ook gebruikt om de behoefte aan VAH te inventariseren en het product te ontwikkelen. Er waren ook gesprekken gevoerd met mensen die in aanmerking kwamen voor de zorg. De cliëntenraad was ook geïnformeerd omtrent VAH zorg en uitgenodigd bij de informatieavonden die waren georganiseerd voor de cliënten. De cliëntenraad werd ook blijvend geïnformeerd over de vooruitgang van het geheel. De organisaties probeerden de cliëntenraad zoveel mogelijk te betrekken om het draagvlak voor het project zo groot mogelijk te houden.

Een zorgconsulent

In 2000 was het project ‘verzorgingshuiszorg thuis gemeente Landerd’ van start gegaan. Het eerste projectvoorstel was geschreven door Welstaete, maar uit overleg met de samenwerkende partijen bleek er sprake te zijn van een gezamenlijk belang. De grootste druk en de meeste consequenties lagen echter bij Welstaete. De projectgroep ‘zorg op maat’ bestond uit Welstaete, STBNO, woonmaatschappij Maasland en de Regionale Instelling Gecoördineerd Ouderenwerk Maasland (RIGOM). De gemeente Landerd was er ook bij betrokken, maar zat niet in de projectgroep.

Welstaete leverde als overkoepelende organisatie ondersteuning, maar de locatie had het redelijk zelfstandig vorm kunnen geven. De samenwerking tussen de betrokkenen was vastgelegd in een convenant. In het convenant was alleen vastgelegd dat ze gingen samenwerken en welk doel ze voor ogen hadden. Financiële consequenties waren niet vastgelegd. Ten tijde van het onderzoek was het geen project meer, maar reguliere zorg dat in principe alleen nog vanuit Welstaete gegeven werd.

Een aantal factoren zorgde er voor dat het lang duurde voordat de zorg echt geleverd kon worden: interne problemen binnen de projectgroep, de directe begeleider die weg viel, managers van andere betrokkenen die vertrokken, het moeilijk rond krijgen van de financiering en tot slot het tegelijkertijd voltrekken van een fusie. Het project was pas in 2002 echt goed gaan lopen.

In de verschillende fasen van het project waren de verschillende actoren meer of minder betrokken geweest bij het project. De voormalige locatiemanager gaf aan dat de woonmaatschappij een sterk betrokken actor was en dat ook was gebleven. De thuiszorg en de gemeente waren minder betrokken, maar hielden hun belangen wel in de gaten. In een latere fase was er een stuurgroep opgezet waarin Welstaete, de thuiszorg en de woonmaatschappij vertegenwoordigd waren. In eerste instantie was er alleen een projectgroep waar de operationele managers in vertegenwoordigd waren, maar het werd goed geacht om op directieniveau een stuurgroep te hebben. De projectgroep legde verantwoording af aan de stuurgroep. De voorzitter van de stuurgroep was de directeur van Welstaete, de projectleider was een manager van Welstaete. Dit was een praktische keuze geweest, omdat het belang van Welstaete het grootst was en het verzorgingshuis het meest bereid was om middelen in het project te stoppen. Verder was er geen taakverdeling.

Om vanuit het patiëntenperspectief inzicht te krijgen in de gewenste inhoud van het product, had de projectgroep gebruik gemaakt van een onderzoek in de regio Midden-

Brabant, waar de omgevingsfactoren vrijwel identiek waren, en een inventarisatie van de wensen van de bewoners van een aantal locaties van het verzorgingshuis. Het project was ook geëvalueerd. Daar was uit gekomen dat het project op zich goed liep en dat de cliënten tevreden waren met de woonzorgconsulent. De voormalige locatiemanager gaf aan dat over deelaspecten en deelproducten was gecommuniceerd met de cliëntenraad en de huurdervereniging, om te kijken waar zij behoeften aan hadden en wat de aanbieders konden bieden.

Pilotstudy

Op initiatief van Welstaete was er een pilotstudy gestart rondom ongeplande zorg. De reden hiervoor was allereerst de bestaande wachtlijsten en de behoefte aan veiligheid bij cliënten. Daarnaast was ongeplande zorg altijd al een aandachtspunt, omdat het vaak een reden was voor opname. De thuiszorg had minder noodzaak, omdat deze weinig ongeplande oproepen kreeg, maar de thuiszorg zag wel dat het in het totale pakket van zorg paste. Het denken over VAH in de wijk was in 2002 van start gegaan. Toen waren ook de eerste nota's geschreven. Eind 2002, begin 2003 was het besluit genomen om er mee van start te gaan.

Voor de pilotstudy was een kadernotitie geschreven die de pilotlocaties zelf verder konden invullen. Er waren afspraken gemaakt over welke zaken ze gezamenlijk gingen doen en welke onafhankelijk van elkaar. Ten tijde van het onderzoek was de pilotstudy in de fase van informatie verzamelen en gesprekken aan te gaan met andere partijen. De eerste doelgroep was de ouderen die reeds alarmopvolging gebruikten. Dat zou door de thuiszorg of Welstaete als product worden aangeboden.

Net als bij de twee zorgorganisaties werd bij de initiatieven rondom VAH aangegeven dat de zorg toch nog overheersend vraaggericht was en nog geen vraaggestuurde zorg. Zo werd bij een van de initiatieven aangegeven dat ze zoveel mogelijk probeerden aan de vraag van de bewoner tegemoet te komen, ook qua tijd en invulling van zorg, maar dat ze ook rekening moesten houden met hun eigen organisatie. De organisaties hadden hun beperkingen in het tegemoet komen aan de vragen van de klanten. Dat gaven ze ook aan bij de cliënt. Ze kwamen er dan in overeenstemming met de cliënt wel uit. Het was niet zo dat de cliënt iets kreeg opgelegd.

Toch gaven de respondenten aan dat er wel degelijk vraaggestuurde elementen in het concept VAH aanwezig waren. Zo werd er, binnen het kader van de indicatie, aan de klant gevraagd hoe ze de verzorging en verpleging ingevuld wilden hebben en op welk moment ze het wilden krijgen. Daarnaast wilden de zorgaanbieders ook keuzevrijheid bieden omtrent intramurale of extramurale zorg. Als mensen liever opgenomen wilden worden dan moest dat ook kunnen.

Tevens probeerden men meer inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van de zorgvrager. Zo werd geprobeerd de vraag van de cliënt zo helder mogelijk in beeld te krijgen door de inzet van de woonzorgconsulent. Daarbij werd wel gekeken naar de grenzen van wat de zorgaanbieder nog verantwoord vond, maar de consequenties daarvan werden ook bij de klant neergelegd. De keuze moest uiteindelijk bij de klant blijven.

Bij het project rondom het geïntegreerde team had een inventarisatie onder cliënten aan de basis gestaan van het opzet van dit team. Bij de pilotstudy was (nog) geen formeel onderzoek gedaan naar de vraag naar en/of behoeften van cliënten aan verzorgingshuiszorg aan huis. Er werd aangegeven dat het meer was gebaseerd op ervaringen en 'common sense'.

Bij elk van de projecten werd de intentie uitgesproken dat er evaluaties zouden plaatsvinden, ook wat betreft de klanttevredenheid. Rondom de woonzorgconsulent en het

geïntegreerde team hadden al evaluaties plaatsgevonden. De resultaten waren heel wisselend. Veel mensen waren blij dat ze niet naar het verzorgingshuis moesten en daarom vonden ze de zorg al snel goed. De mening van de mensen werd daarom door de zorgaanbieder als gekleurd ervaren. Uit de evaluatie bleek ook dat ‘belevingsgericht’ en ‘vraaggestuurd’ termen waren waar de mensen eigenlijk niets mee konden, maar de medewerkers dachten dat ze de zorg wel zo uitvoerden. Daarnaast kwam naar voren dat de informatieverstrekking heel summier was. Het was niet duidelijk wat VAH als product inhield. Het project was uiteindelijk geslaagd vanwege het enthousiasme en de motivatie van de medewerkers. Uit de evaluatie bleek dat de stuurgroep teveel boven het project was blijven hangen en het wegvallen van de projectgroep niet had opgevangen.

De participatie van de patiëntenorganisaties, ouderenbonden en cliëntenraden was bij alle initiatieven rondom VAH minimaal. Over het algemeen werden cliëntenraden en soms ouderenbonden geïnformeerd. Dit gebeurde soms direct en soms indirect via overlegvormen die al bestonden. Er was geen sprake van een volwaardige participatie. In de pilotstudy mocht de betrokkenheid van patiënten zelf ingevuld worden door de pilots.

6.2.4 Externe betrokkenheid

Zorgaanbieders

Zowel de thuiszorgorganisatie als het verzorgingshuis waren regionaal sterk ingebed in allerlei interorganisatorische interacties tussen verschillende actoren. De twee zorgaanbieders hadden met verschillende zorgpartijen op lokaal en regionaal niveau contact, zowel bilateraal als in netwerken.

De missie van Welstaete liet zien dat het verzorgingshuis zichzelf wilde ontwikkelen tot een maatschappelijk ondernemer die zorg zou bieden aan cliënten uit de regio, ter ondersteuning van hun dagelijks leven. Daarnaast werd in de nota's rondom VAH aangegeven dat het verzorgingshuis de extramurale zorg in samenwerking met andere partijen zou moeten gaan vormgeven. In eerste instantie was daarbij gekozen voor samenwerking met de thuiszorgorganisatie, maar het was de bedoeling om die samenwerking uit te breiden.

Tussen de thuiszorgorganisatie en het verzorgingshuis bestonden op allerlei niveaus contacten. Zo was er een stuurgroep extramurale verzorging opgericht. In de stuurgroep extramurale verzorging zaten de twee clusterdirecteuren van Welstaete en een directeur van de thuiszorg. In de stuurgroep werd de voortgang en ontwikkeling van alle projecten (waaronder ongeplande zorg) besproken. Het was een platform dat coördineerde en controleerde, stuurde en initieerde. De stuurgroep zette de lijnen uit om eenduidig te werken tussen locaties. Er was geen rolverdeling in de stuurgroep. Er was geen convenant ondertekend tussen de thuiszorgorganisatie en het verzorgingshuis, maar dat wilden de organisaties nog wel gaan doen. Er was wel een concept samenwerkingsovereenkomst.

De visie op zorg van de beide organisaties werd vooral besproken in het strategische overleg met de Raden van Bestuur van Welstaete en de thuiszorgorganisatie. Dat was een apart overleg dat werd opgestart afhankelijk van de omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer er veel veranderd was en een herpositionering ten opzichte van elkaar nodig was. Tevens bestonden er rond de zorgverlening functionele contacten op lager niveau.

Naast de contacten tussen de thuiszorgorganisatie en het verzorgingshuis bestonden er ook contacten met andere aanbieders van diensten aan ouderen. Zo waren er de

welzijnsorganisaties, te weten de RIGOM en de Stichting Welzijn Ouderen (SWO). Deze organisaties boden ondersteunende diensten aan om ouderen zelfstandig te laten functioneren. Ook de ouderenorganisaties kregen ondersteuning van de welzijnsorganisaties. Zo ondersteunde de SWO de seniorenraad Uden. Deze raad was een onafhankelijke raad van advies, welke gevraagd en ongevraagd adviseerde aan het gemeentebestuur en organisaties over zaken die voor ouderen belangrijk waren. Daarnaast had de SWO een werkgroep ouderenhuisvesting Veghel. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de ouderenbonden en de SWO. Het hoofd van de afdeling woondiensten van Woonbelang Veghel en de ambtelijke vertegenwoordiger van de gemeente Veghel waren als deskundigen aan de werkgroep toegevoegd.

De welzijnsorganisaties organiseerden ook werkverbanden. Dit waren lokale samenwerkingsverbanden tussen de welzijnsorganisatie en alle relevante organisaties die belangrijk zijn voor ouderen. De belangrijkste functie van het werkverband was het bevorderen van het welzijn van ouderen.

Zowel Welstaete als de thuiszorgorganisatie hadden op operationeel niveau als op meer bestuurlijk niveau contacten met de welzijnsorganisaties. Zo werkte Welstaete van oudsher samen met SWO, bijvoorbeeld omtrent eetpunten. Ook gaven de medewerkers van Welstaete cursussen voor vrijwilligers van SWO.

Naast bilaterale contacten waren er ook allerlei bredere overlegmomenten tussen (zorg)aanbieders. Eén van de belangrijkste samenwerkingsverbanden tussen aanbieders was het zorgnetwerk Oss Uden Veghel. Het zorgnetwerk was in januari 2003 ontstaan uit een fusie tussen twee samenwerkingsverbanden. In de regio Maasland was het samenwerkingsverband ‘Samen op weg’ actief. Het zorgnetwerk regio Uden-Veghel was actief in de regio Uden-Veghel. In ‘Samen op weg’ waren alleen zorgaanbieders betrokken (behalve GGZ en de huisartsen). In het zorgnetwerk regio Uden-Veghel zaten ook de gemeente Boekel, Landerd, St. Oedenrode, Uden en Veghel. De netwerken waren samengevoegd vanwege een aantal redenen. Zo was door een fusie het regionale ziekenhuis bovenregionaal geworden en ontstond er overlap tussen beide netwerken. Daarbij was het netwerk in Uden zo breed dat het niet meer werkbaar was. Tot slot ontmoette verschillende partijen elkaar ook via het traject van de (sub)regiovisies, waardoor de netwerken een andere functie kregen.

Het zorgnetwerk bestond uit de volgende partijen:

- Ziekenhuis Bernhoven;
- Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost;
- Stichting zorg voor ouderen maasland;
- Stichting geestelijke gezondheidszorg Oost Brabant;
- Stichting Welstaete;
- District Huisartsenvereniging Noord-Brabant Noord-Oost.

Andere partijen werden er op projectmatige basis bij betrokken. Ze wilden voorkomen dat het netwerk te groot zou worden, maar het netwerk had die andere partijen ook nodig. Een aantal partijen, waaronder de zorgvragers en de welzijnsorganisaties, zaten wel in de vroegere netwerken en vonden het jammer dat ze hun mogelijkheid tot overleg kwijt waren. Er bestonden echter ook andere overlegorganen waar iedereen wel bij betrokken was zoals de regiovisie Verpleging en Verzorging. Het was een enigszins bewuste keuze geweest om zorgvragers niet in het netwerk te plaatsen. De bestuurders waren in principe verantwoordelijk voor de communicatie met de cliënten. Middels de contacten van de bestuurders werden in ieder geval de cliëntenraden van de aangesloten zorgaanbieders geïnformeerd over het zorgnetwerk.

Het zorgnetwerk had de volgende doelstelling: “De samenwerking heeft tot doel om het zorgaanbod in de regio Oss-Uden-Veghel zo compleet mogelijk aan te kunnen bieden middels een effectief en doelmatig werkende organisatie.” Aan deze doelstelling lag de volgende missie ten grondslag: “Alle inwoners (in het bijzonder volwassenen en ouderen) in de regio Oss-Uden-Veghel kunnen zo gezond mogelijk, zo zelfstandig mogelijk en zo thuis mogelijk blijven functioneren” (Bedrijfsplan Zorgnetwerk, 2002). Daarbij waren de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De vraag van de cliënt is uitgangspunt;
- De zorg wordt zo dicht mogelijk bij de individuele afnemer van zorg georganiseerd;
- De cliënt kan zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen woon- en leefomgeving blijven;
- De curatieve patiëntenzorg legt het accent op poliklinische zorgverlening, dagbehandeling en kort verblijf;
- Zorgvoorzieningen worden op elkaar afgestemd (ketenzorg daar waar mogelijk) en indien gewenst geïntegreerd;
- Het ziekenhuis ondersteunt daar waar nodig en mogelijk de zorg in de regio ziekenhuisverplaatste zorg;
- De zorgverlening is doelmatig, efficiënt en flexibel ingericht.

Het zorgnetwerk had een samenwerkingsovereenkomst als juridische basis. Ten tijde van het onderzoek was er nog geen beleidsplan ontwikkeld, omdat nog gekeken moest worden in welke mate het beleid van het zorgnetwerk invloed mocht hebben op het beleid van de aangesloten organisaties.

De leiding van het samenwerkingsverband berustte bij het bestuurlijk orgaan, bestaande uit een onafhankelijk voorzitter en bestuurlijke vertegenwoordigers van de betrokken organisaties. De taken en verantwoordelijkheden van het bestuurlijke orgaan richtten zich met name op de strategische en bestuurlijk-juridische aspecten van de totstandkoming van de verticale zorgketen alsmede op de sturing en voortgang van de daarop gerichte samenwerkingsprojecten. Het bestuurlijke orgaan besloot in principe in consensus. Partijen hadden een inspanningsverplichting om tot consensus te komen om de voortgang van activiteiten binnen het zorgnetwerk te garanderen.

Het bestuurlijke orgaan delegeerde de leiding van de onderscheiden projecten aan de stuurgroep, bestaande uit een aantal vaste leden en een aantal wisselende leden. De leden waren mensen op het managementniveau of directeuren. De onafhankelijke voorzitter van het bestuurlijke orgaan fungeerde ook als voorzitter van de stuurgroep. De stuurgroep stelde per project een projectgroep in, bestaande uit de projectvoorzitter en een aantal projectgroepleden. Daarnaast was er een ondersteuningsgroep die de voorzitter, het bestuurlijke orgaan en de stuurgroep ondersteunde; de voortgang van de projecten bewaakte; kansen en bedreigingen signaleerde en contacten met belanghebbenden onderhield. De standaardcommunicatie over de projecten en het algemene doel van het zorgnetwerk gebeurde ook vanuit de ondersteunende groep.

De ondersteuningsgroep van het zorgnetwerk had structureel overleg met het zorgkantoor en de zorgverzekeraars. Soms waren de bestuurders van het zorgnetwerk daar ook bij aanwezig, dat lag aan de onderwerpen op de agenda.

Het zorgnetwerk had met het zorgkantoor afspraken over de communicatie omtrent projecten. Het zorgkantoor werd op drie momenten geïnformeerd: als de opdracht geformuleerd was, als de ontwerpfase klaar was en bij de evaluatie van het project. Afhankelijk van het project kon er ook tussentijdse communicatie plaatsvinden.

Daarnaast was er één keer per jaar overleg waarbij ze elkaar wederzijds informeerden over projecten en beleidsvoornemens. Het zorgnetwerk organiseerde ook jaarlijks een

minisymposium waar het zorgkantoor voor uitgenodigd werd.

Het RPCP was naar het zorgnetwerk toegekomen met het verzoek om uitleg over het zorgnetwerk. Het zorgnetwerk was ten tijde van het onderzoek aan het kijken hoe de communicatie tussen het RPCP en het zorgnetwerk inhoud moest gaan krijgen. Beide partijen waren er van overtuigd dat het meer kon opleveren dan dat er uitgehaald werd. De projectmanager hoopte door het contact met het RPCP meteen contact met alle relevante patiëntengroepen te hebben.

Het contact met de gemeente zat in een opstartfase. Er was vastgelegd dat het zorgnetwerk twee maal per jaar overleg zou hebben met alle portefeuillehouders.

Naast Welstaete en de thuiszorg waren er geen andere zorgaanbieders betrokken bij het project VAH. Bij de drie vormen van VAH waren de welzijnsorganisaties wel (in)direct geïnformeerd. Zo zat er iemand van de SWO in de cliëntenraad van de locatie waar er sprake was van onderlinge taakverdeling. SWO zat ook in de subregiovisie en werd via die weg geïnformeerd. Het RIGOM zat in de projectgroep extramuralisering en ze waren betrokken bij het gecoördineerd ouderenwerk. De samenwerking met Welzijnsorganisaties werd (voor de toekomst) wel van belang geacht. Zo begonnen ze bij het geïntegreerde team langzaam de welzijnsorganisaties bij VAH te betrekken. De samenwerking met SWO werd gezocht voor aanvulling op activiteitenbegeleiding bij aanleunwoningen.

De SWO gaf aan het jammer te vinden niet in een vroeg stadium geïnformeerd te worden. SWO liep er tegenaan dat ouderen naar het SWO kwamen met vragen die het SWO veel beter zou kunnen begrijpen als ze wisten dat het te maken had met ontwikkelingen zoals VAH. Verder werkte het SWO veel met vrijwilligers die bij mensen thuis op bezoek gaan en daarbij het project of de effecten ervan tegenkwamen. De manager zorginnovatie van Welstaete erkende deze rol van het SWO.

Overige dienstverlenende instanties

Naast de welzijn- en zorgorganisaties hadden het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie ook contacten met gemeenten en woonmaatschappijen. Met de gemeenten had de Raad van Bestuur van Welstaete ongeveer één of twee keer per jaar overleg, veelal naar aanleiding van een ondernemingsplan. Het ondernemingsplan werd aan iedereen in de regio gepresenteerd. Het lange termijn huisvestingsplan was ook onderwerp van overleg op bestuurlijk niveau. De clusterdirecteuren hadden ook frequent overleg met gemeenten over de initiatieven die in die gemeenten plaatsvonden. Dat deden ze met portefeuillehouders. Locatiemanagers hadden op lokaal niveau contact met gemeentelijke ambtenaren. De thuiszorg was ten tijde van het onderzoek in overleg met de gemeenten met betrekking tot afspraken omtrent de jeugdzorg.

De gemeenten waren niet betrokken bij de overkoepelende vormgeving van VAH. Een clustermanager van Welstaete had wel enkele gesprekken gevoerd met de gemeente Uden om te vragen wat die wilde wat betreft zorgvoorzieningen. Rondom het traject waar een zorgconsulent bij betrokken was, was de Gemeente Landerd geen participant, maar ze werden wel geïnformeerd. De gemeenten waren ook op de hoogte gebracht van het pilotproject rondom onplanbare zorg.

Woonmaatschappijen gingen zich ook steeds actiever opstellen op het grensvlak tussen wonen, zorg en welzijn. Ze waren zowel faciliterend als initiërend bezig met huisvestingsprojecten. De woonmaatschappijen waren in principe niet zozeer concreet betrokken bij het project 'Verzorgingshuiszorg aan huis', maar het werd wel met de woonmaatschappijen besproken. Ze waren er in die zin wel bij betrokken, omdat een aantal aanleunwoningen was overgegeven aan de woningbouwverenigingen. Bij

het deelproject 'Woonzorgconsulent' zat woonmaatschappij Maasland wel in de projectgroep. Bij deze vorm van VAH was er ook contact tussen de woonzorgconsulent van Welstaete en de woonconsulent van de woonmaatschappij.

Regionaal indicatieorgaan

In 1996 zijn de Regionale Indicatie_Organen (RIO's) ingesteld. De missie van het RIO Brabant Noord-Oost luidde als volgt: "Het RIO Brabant Noord-Oost levert middels het uitvoeren van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling en genereren van gegevens over de zorgbehoefte van de cliënt een actieve bijdrage aan een vraaggestuurd zorgstelsel. Om die bijdrage te leveren aan een vraaggestuurd zorgstelsel heeft het RIO drie doelen: 1) Het indicatieproces inrichten volgens de landelijke criteria; 2) De indicatiestelling integraal, onafhankelijk en functiegericht uitvoeren; 3) Gegevens genereren die de zorgbehoefte in kaart brengen" (Informatieblad RIO, 2002).

In het bestuur van het RIO waren alle partners van de zorgketen vertegenwoordigd. Er zaten twee zorgvragers in het bestuur, beide vanuit het RPCP. Veel partijen zaten enigszins met een dubbele pet in het bestuur, omdat ze ook andere belangen hadden. In het bestuur werd daar wel expliciet mee omgegaan, aldus de directeur van het RIO.

De introductie van het RIO was volgens de directeur van het RIO in vergelijking met andere delen van Nederland niet heel erg soepel verlopen. In Uden-Veghel kenden ze al een eigen vorm van indicatiestelling. De stichting die dat deed was in het leven geroepen door zorgaanbieders en gemeenten. Toen het RIO het overnam werd deze geconfronteerd met allerlei aanbodgerichte afspraken. Omdat het RIO dat wilde veranderen werd er in Uden-Veghel de meeste weerstand ervaren. De regio verwachtte een rol van het RIO in het beheersen van de toewijzing, maar dat was niet de bedoeling. Het RIO had dit wel tijdelijk gedaan als een overgangsperiode, maar dat was stopgezet. Het had het RIO veel energie gekost om het beeld en de rol van het RIO duidelijk te krijgen in Uden-Veghel en om alle verwachtingen terug te dringen.

Een teamleider van het RIO gaf aan wel tevreden te zijn over de contacten die er lagen met de verschillende partijen. De frequentie van de contacten was heel wisselend. Het waren overleggen om nieuwe ontwikkelingen door te praten, met elkaar kennis te maken en dingen op elkaar af te stemmen. Het RIO was gehuisvest in de gebouwen van de thuiszorg. Het RIO had ook het meest frequente contact met de thuiszorg, maar dit kwam ook, omdat de indicaties voor het verzorgingshuis meestal eenmalig waren. Het overleg met de aanbieders was regionaal vormgegeven. Het was de bedoeling dat binnen het RIO, met name op middenkaderniveau, ieder voor zijn eigen regio dat soort contacten onderhield. Daarnaast sprak de directeur op directieniveau één keer per jaar de mensen die niet binnen hun bestuur zaten. Met de mensen binnen het bestuur had de directeur vaker contact. Die contacten waren met name om elkaar te leren kennen en een vinger aan de pols te houden om te kijken of alles nog steeds ging zoals ze wilden. De contacten verschilden per zorgaanbieder.

De meningen over het RIO in de regio waren verdeeld. Het zorgkantoor vond het RIO op zich goed functioneren. De zorgaanbieders waren het er mee eens dat een onafhankelijke indicatiestelling noodzakelijk was, maar trokken de uitvoering in twijfel. Het RIO werd op de hoogte gehouden van VAH, maar was er verder niet bij betrokken. Het RIO was van mening dat het aan de zorgaanbieders was, hoe ze de zorg vormgaven. Het RIO vond het goed om op de hoogte te zijn, zodat ze mensen daarover konden informeren, maar verder dan dat moest het niet gaan.

Het RIO nam daarin ook wat afstand van het zorgaanbod, om onafhankelijk te kunnen blijven indiceren.

Patiëntenorganisaties

Er zijn verschillende organisaties die de zorgvragers vertegenwoordigen. Het RPCP Noord-Oost Brabant vormde een gesprekspartner op lokaal en regionaal niveau. Ongeveer 100 patiëntenorganisaties waren aangesloten bij het RPCP. Daarnaast waren de ouderenbonden een relevante vertegenwoordiger van de doelgroep voor verzorgingshuiszorg aan huis.

Verschillende partijen gaven aan dat het RPCP zich in de loop der jaren ontwikkeld had en dat het platform steeds beter functioneerde. De voorzitter van de Raad van Bestuur van Welstaete vond de rol van het RPCP constructief, kritisch en het perspectief van de patiënt werd altijd expliciet naar voren gebracht. “Door hun rol ga je als aanbieder daar ook op anticiperen. Je weet immers dat wanneer je iets bedenkt er momenten zullen komen waarin je cliënten tegenkomt, daarom probeer je meer dan voorheen na te denken over het feit of het patiëntenperspectief voldoende is meegenomen.”

Een aantal partijen gaf ook aan dat ze het prettig vonden om de zorgvragers verenigd te zien in één partij en dat ze daar een rol voor het RPCP in weggelegd zagen. Tegelijkertijd werd de vertegenwoordigende rol van het RPCP ook kritisch beschouwd. Zo werd de relatie van het RPCP met zijn achterban besproken. De afstand tussen RPCP en achterban was lastig en het was iets waar het RPCP ook mee worstelde.

Daarnaast werd aangegeven dat het RPCP er voor moest waken om in termen van de aanbieders te gaan praten. Tevens werd aangegeven dat de vertegenwoordigers van het RPCP ook een bepaald type mensen was dat op bepaalde onderdelen verschilde van de populatie die zorg nodig had. Het waren mensen die mondig waren, die wisten waar ze het over hadden en die voor hun mening uit durfden te komen.

Tot slot werd er ook gesproken over de beperkte middelen (financieel en qua mankracht) van het RPCP, wat het moeilijk maakte om hun rol/taak te vervullen. Een rayondirecteur van de thuiszorgorganisatie gaf ook aan dat ze in de oprichting van een steunpunt mantelzorg het RPCP graag als participant in een klankbordgroep hadden gezien, maar dat het RPCP niemand had om daar in te gaan zitten.

De provincie was de belangrijkste subsidiegever voor het RPCP. Daarnaast ontving het RPCP geld uit het patiëntenfonds voor projecten. Er bleef echter een spanningsveld bestaan tussen de taakstelling en de beschikbare middelen. De provincie vroeg om uniformiteit en transparantie, maar andere subsidiegevers stelden daarnaast hun eigen eisen. Naast de taakuitoefening in de eigen regio eisten ook landelijke ontwikkelingen de aandacht op. De RPCP's moesten zich profileren in het krachtenveld op landelijk niveau om hun continuïteit in de regio veilig te stellen.

Welstaete had geen bilateraal contact met het RPCP. Het verzorgingshuis kwam het RPCP wel tegen in de (sub)regiovisie. De directeur van de thuiszorg had zelf geen contact met het RPCP, maar de voorzitter van de cliëntenraad was wel lid van het RPCP. De rayon directeur van de thuiszorgorganisatie had af en toe contacten met het RPCP, maar niet structureel.

Het RIO had naast de vertegenwoordiging in het RIO-bestuur, wat werd georganiseerd door het RPCP, ook ad hoc contacten met het RPCP. Het RIO had bijna twee jaar geleden meegedaan aan een landelijke pilot voor een kwaliteitsmeting bij de zorgvragers. Eén keer per jaar hadden ze daar een vervolg overleg over met het RPCP. Daarnaast had het RIO aangegeven graag langs te willen komen om uitleg te geven over het functiegericht indiceren. Dat had met name het RPCP opgepikt en in samen-

werking met ouderenbonden en andere platforms hadden ze bijeenkomsten georganiseerd. Naast het RPCP had het RIO ook contact met de ouderenbonden.

De Udense Stichting Ouderen (USO) was in 1989-1990 opgericht om als ouderenbonden meer vanuit één beleid te handelen richting de gemeenten. De stichting bestond uit drie afdelingen van de Katholieke Bond voor Ouderen, een afdeling van de Protestant-Christelijke OuderenBond en de algemene ouderenbond. De doelstelling was om de samenwerking te bevorderen door uitwisseling van uitgangspunten en visies en gemeenschappelijk optreden ten opzichte van derden. Daarnaast werden ook gezamenlijke activiteiten uitgevoerd.

Door zorgpartijen werd aangegeven dat de ouderen veelal goed vertegenwoordigd waren, maar dat hun rollen nogal eens door elkaar liepen. Het was soms moeilijk te zien of de oudere vertegenwoordiger vanuit de RPCP kwam of namens een ouderenbond. De clusterdirecteuren en de locatiemanagers van Welstaete hadden regulier overleg met ouderenbonden, adviesorganen en seniorenraden. De USO gaf aan dat ze samen met de seniorenraad drie tot vier keer per jaar een bespreking met een lid van de Raad van Bestuur en de clusterdirecteuren van Welstaete hadden. De ouderenbond werd gezien als een orgaan waar heel veel potentiële klanten bij aangesloten waren en daarom was het belangrijk om daar naar te luisteren en de ouderenbond ook goed te informeren. De ouderenbond werd niet echt als een partij gezien om dingen samen mee te ontwikkelen. Het ging met name om wederzijds informeren en kijken waar de behoeften lagen. De USO had geen contact met de cliëntenraad van Welstaete. Als er in de instelling iets zou spelen dat van belang zou zijn voor alle ouderen van Uden dan zouden ze dat wel horen in hun contacten met het management van Welstaete. Daarom hadden ze ook nooit de behoefte gehad om contacten te hebben met de cliëntenraad. Het contact tussen de clusterdirecteur van de thuiszorg en de ouderenbonden was niet structureel, maar ze hadden ad hoc bilateraal overleg. De thuiszorg gaf aan regelmatig contact te hebben met ouderenbonden, maar de USO gaf aan dat ze niet zo regelmatig contact hebben met de thuiszorg als met Welstaete. Ze troffen de thuiszorg wel in het werkverband ouderen en bij de regiovisie. Er was bij de ouderenbond ook geen behoefte aan meer contact met de thuiszorg; ze wisten waar ze terecht moesten als ze vragen zouden hebben.

In de ontwikkeling van het overkoepelende concept VAH waren geen patiëntenorganisaties of ouderenbonden betrokken. De notities waren binnen Welstaete wel aan de eigen cliëntenraad voorgelegd voor advies. Daarnaast hadden ze in de regiovisie knelpunten geïnventariseerd en de betrokkenen van de regiovisie, waaronder de cliënten en de zorgverzekeraars, op de hoogte gesteld van de ontwikkelingen rondom VAH. De contactpersoon van het zorgkantoor gaf echter aan dat zodra VAH officieel een project zou zijn, het RPCP het ook zou gaan toetsen.

Bij de drie vormen van VAH op de verschillende locaties was ook in geen van de processen een patiëntenorganisatie, ouderenbond of RPCP betrokken. Bij de locatie waar sprake was van onderlinge taakverdeling waren de ouderenbonden wel geïnformeerd, maar ze hadden er niet aan gedacht om de ouderenbonden bij het project te betrekken, mede omdat het zo kleinschalig was. Ook bij de zorgconsulent waren de cliëntenraden en de ouderenverenigingen wel geïnformeerd, maar verder niet betrokken bij de vormgeving van het project. Daarbij werd aangegeven dat ze nooit van de zorgvragers gehoord hadden dat ze zich onvoldoende betrokken hadden gevoeld. Bij elk van de initiatieven was het geen kwestie van onwelwillendheid geweest. Men had er niet aan gedacht. Op het moment van het onderzoek was er nog geen duidelijk beeld van de wijze waarop de vragers(organisaties) betrokken zouden worden bij het

pilotproject. Zowel de cliëntenraad, ouderenbonden als het RPCP werden als mogelijkheden gezien om een beeld te krijgen van de behoeften en wensen van de zorgvrager.

Zorgkantoor

VGZ was voor de zorgkantoorfunctie concessiehouder in vier AWBZ-regio's: Nijmegen, Noord-Oost Brabant, Midden-Brabant en Noord- en Midden-Limburg. Het zorgkantoor handelde volgens de volgende missie: "Het zorgkantoor Noord-Oost-Brabant staat voor een vraaggestuurde en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Het zorgkantoor geeft op een actieve manier op regionaal niveau inhoud aan het overheidsbeleid. Het zorgkantoor kent de zorg, kent de wensen van de cliënten/patiënten en viert op basis van die kennis transparant en toetsbaar haar taken uit. Die uitvoering is vrij van concurrentie tussen zorgverzekeraars."

De regisseursrol van het zorgkantoor werd ook door andere partijen gezien. Er bestond echter ook discussie over deze regierol, met name over de reikwijdte van deze rol. Zo gaf een rayondirecteur van de thuiszorgorganisatie aan dat een instelling gewoon zelf verantwoordelijk was voor zijn eigen productie, budget en dergelijke. Van aanbieders werd verwacht dat ze gingen concurreren en dus bedrijfsrisico zouden gaan lopen. Dan moet een zorgkantoor niet willen registreren want dat is geen marktwerking, aldus de rayondirecteur.

Het zorgkantoor werd ook gezien als een belangrijke actor vanwege de financieringsmogelijkheden. Tot slot werd aangegeven dat het zorgkantoor erg actief was. De voorzitter van de Raad van Bestuur van Welstaete vond dat ze in hun regio een actief zorgkantoor hadden dat goed wist wat er zich in de AWBZ afspeelde. Dat uitte zich in de kwartaaloverleggen die ze met het zorgkantoor hadden, waarin het zorgkantoor met behulp van het toewijzen van zorgvernieuwingsgelden ruimte bood voor zorgvernieuwing. Het zorgkantoor maakte wel op een integere manier afspraken met de aanbieders en hield zich daar ook aan. Ze tikten de aanbieder op de vinger als die zich niet aan de afspraken hield, aldus de directeur van de thuiszorgorganisatie.

Het zorgkantoor werd niet gezien als een zaakwaarnemer voor de zorgvrager. Enerzijds werd gezegd dat ze wel goed wisten wat de wensen en behoeften van de zorgvrager waren, maar dat ze wat minder luisterden naar de aanbieders. Anderzijds werd er gezegd dat ze toch nog erg veel redeneerden vanuit efficiëntie en doelmatigheid en nog niet zo veel vanuit de kwaliteit of de wensen van de klant.

De contacten tussen Welstaete en het zorgkantoor verliepen op directieniveau. Elke drie maanden hadden ze overleg met het zorgkantoor. Dat overleg ging met name over voortgang, productie en ontwikkelingen die er te melden waren. Een deel van het budget van Welstaete werd gefinancierd uit de AWBZ. Voor het verkrijgen van die gelden werden productieafspraken gemaakt met het zorgkantoor. Naast het AWBZ-budget waren er gelden beschikbaar om o.a. zorg- en dienstverlening extramuraal te realiseren. Ook hierover werden met het zorgkantoor afspraken gemaakt.

De thuiszorg had twee tot drie keer per jaar overleg met het zorgkantoor over productieafspraken, maar ook inhoudelijke dingen die de thuiszorg wilde ontwikkelen. Die contacten liepen goed, volgens de rayondirecteur.

Het RPCP en het zorgkantoor hadden structureel overleg. Uitgangspunten van dit overleg waren: elkaar informeren; visie ontwikkeling en beleidsvoorbereiding; samenwerking op bepaalde onderwerpen. Er was vier keer in het jaar overleg met het zorgkantoor. Daarnaast zaten er vanuit het RPCP vertegenwoordigers in de Raad van Advies.

Het zorgkantoor financierde geen projecten van het RPCP, maar daar waren ook geen echte verzoeken toe geweest.

Het zorgkantoor zag de USO bij de regiovisie. De contactpersoon van het zorgkantoor vond het wel lastig dat er meerdere zorgvragersorganisaties waren.

Het RIO had zeer frequent contact met het zorgkantoor. Behalve dat er contacten waren omtrent casuïstiek, hadden het RIO en het zorgkantoor ook één keer per twee maanden overleg. Dat contact ging over zaken waar beide partijen tegenaan liepen en wat ze voor elkaar konden betekenen.

Verder zag het zorgkantoor actoren regelmatig in het regio-overleg en in het RIO-bestuur. Alle contacten die het zorgkantoor met de verschillende actoren had liepen in principe goed. Er waren niet echt partijen die voor het zorgkantoor moeilijk te benaderen waren. Via de Raad van Advies konden de partijen in de regio ook betrokken zijn in de beleidsvoering van het zorgkantoor. Deze raad had tot taak het zorgkantoor gevraagd en ongevraagd te adviseren over de uitvoering van de AWBZ. De leden waren afkomstig uit de kring van zorgvragers, zorgaanbieders, provincie, gemeenten en zorgverzekeraars.

Het zorgkantoor had daarnaast een klankbordgroep zorgtoewijzing waarin ze hun beleid bespraken rondom zorgtoewijzing. Daar zaten zowel aanbieders als vragers in. Tevens financierde het zorgkantoor samen met de thuiszorg en Welstaete een zorgtoewijzingscommissie. De zorgtoewijzingscommissie had als taak om de door het RIO geïndiceerde zorg zo eerlijk, rechtvaardig mogelijk toe te wijzen aan mensen die op de wachtlijst stonden voor het verzorgingshuis c.q. verpleeghuizen.

Het overkoepelende concept van VAH was zonder het zorgkantoor ontwikkeld, maar rondom de implementatie waren de zorgorganisaties wel in gesprek met het zorgkantoor over de exploitatie van het project (omtrekt de tarieven en de kosten). Het zorgkantoor werd regelmatig geïnformeerd en op bepaalde momenten om instemming gevraagd. Het zorgkantoor stimuleerde extramuralisering van de zorg, en dus ook VAH, maar wilde er zelf niet te zeer bij betrokken zijn.

De stuurgroep had rondom het geïntegreerde team wel overleg gevoerd met het zorgkantoor. Voor de start van het pilotproject was de zorgverzekeraar op de hoogte gebracht en gevraagd om medewerking en ondersteuning door middel van een financiële bijdrage. De zorgverzekeraar droeg financieel een klein deel bij aan de opzet van het project. Zonder de ondersteuning van de verzekeraar waren ze ook niet van start gegaan.

Regiovisie

Binnen de langdurige zorg neemt de regiovisie een centrale plaats in als overlegplatform waar alle zorgpartijen inzitten. Eind 1997 was in de subregio Uden/Veghel de eerste regiovisie ontwikkeld en inmiddels was de tweede regiovisie in ontwikkeling. De regiovisie was onderverdeeld in een regiovisie Verpleging en Verzorging en elk gebied had weer een subregiovisie. Voor de totstandkoming van de subregiovisie Uden/Veghel was een platform opgericht bestaande uit de volgende (gemandateerde) vertegenwoordigers:

- Twee vertegenwoordigers van de cliënten/consumenten (ondersteund door het RPCP en voor wat betreft de ouderen de SWO Uden/Veghel);
- Een bestuurlijke vertegenwoordiger vanuit de gemeenten;
- Een vertegenwoordiger van het zorgkantoor Noord-Oost Brabant;
- Twee vertegenwoordigers vanuit de zorgaanbieders (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen).

Daarnaast werd het platform ondersteund door een ambtenaar namens de gemeenten en de coördinatoren van het zorgnetwerk regio Uden/Veghel.

Welstaete vertegenwoordigde de zorgcentra voor verpleging en verzorging in de regio Uden/Veghel in de werkgroep regiovisie Brabant Noord-Oost en de subregionale werkgroep Uden/Veghel. In deze werkgroepen werden onder andere afspraken gemaakt voor het inzetten van middelen. De projectmanager van het zorgnetwerk was ook vertegenwoordiger in de regiovisie. De vertegenwoordiger van het zorgnetwerk had met name een informerende rol: enerzijds weten wat er in de regiovisie gebeurt en anderzijds informeren wat er in het zorgnetwerk gebeurt.

In de regiovisie was aangegeven dat de partijen de gewenste ontwikkelingen in de regiovisie vastgelegd hadden en dat ze hun handelen ernaar zouden inrichten. Het ging om het creëren en instandhouden van een samenhangend zorgsysteem. Uitgangspunt daarbij was het inspelen op de vraag en het leveren van kwaliteit. Daarbij werd de (provinciale) regiovisie als kader gehanteerd. In de regiovisie werd echter ook expliciet gesteld dat de regiovisie geen rechtsgevolgen had in de relatie tussen het zorgkantoor enerzijds en zorgaanbieders en verzekerden anderzijds. Er was geen rolverdeling binnen de regiovisie, iedereen zat er op basis van gelijkwaardigheid.

De meningen over het functioneren van de regiovisie liepen uiteen. De zorgvragers waren tevreden over hun positie in de regiovisie, maar het was wel voor verbetering vatbaar. In 2001 waren de visies van de subregio's Maasland, Land van Cuijk; Uden/Veghel, Bommelerwaard en 's-Hertogenbosch geëvalueerd. Uit de resultaten kwam naar voren dat de taal van de regiovisies nog steeds aanbodgericht was. Daarnaast waren de mogelijkheden van het PGB nog onvoldoende uitgewerkt en was nog te weinig uitgewerkt wie waarvoor verantwoordelijk was. Een vertegenwoordiger die namens de zorgvragers in de subregiovisie Uden/Veghel zat gaf wel aan dat ze als vragers gerespecteerd en gehoord werden. Het was echter wel zo dat de zorgvragers met professionele krachten aan tafel zaten en dat het veel tijd kostte om het jargon en de onderlinge verbanden te begrijpen en daarin mee te praten. Een vertegenwoordiger van de zorgvragers uit de regiovisie van Land van Cuijk was het hier mee eens.

De zorgaanbieders gaven aan dat de regiovisie wel goed liep. De agenda van de overleggen in de subregiovisie was concreet. Het ging over de zorg die geleverd moest worden. Conceptuele discussies over bijvoorbeeld vraagsturing werden niet gevoerd. Een keer in de zes tot acht weken kwamen ze bij elkaar. De voortgang werd dan besproken. Door het bestaan van een subregiovisiegroep liepen contacten wel beter. Het werd echter niet als vervangend ervaren voor andere contacten die bestonden. Sommige respondenten gaven aan dat de regiovisie niet meer was dan een praatclub of dat de regiovisie te abstract was en dat het wel wat concreter en daadkrachtig mocht worden.

Wat betreft extramurale verzorgings- en verpleeghuiszorg werd aangegeven dat de zorgcentra en verpleeghuizen in de subregio inspeelden op een behoefte van zorgvragers om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Ze speelden daar op in door het aanbieden van verzorgings- en verpleeghuiszorg aan geïndiceerden die thuis of in het zorgcentrum wilden en konden blijven wonen. De gelden voor extramurale zorgverlening werden beheerd door de Stichting Welstaete en ingezet in de hele regio.

6.3 Particuliere zorg

6.3.1 Introductie

In deze casus wordt de oprichting en ontwikkeling van een particuliere thuiszorgorganisatie besproken. Deze organisatie is opgezet door een reguliere thuiszorgorganisatie om in te speken op de introductie van het Persoonsgebonden budget in 1995. De particuliere thuiszorgorganisatie heeft geen AWBZ-erkenning aangevraagd om zo min mogelijk beperkingen te hebben in het handelen wat met name is gericht op de zorgvragen van individuele budgethouders. Het feit dat de zorgaanbieder geen AWBZ-erkenning heeft plaats de organisatie echter ook buiten de institutionele context van de AWBZ en verminderd daardoor de beïnvloedingsmogelijkheden van het zorgkantoor en de zorgvragers.

6.3.2 De organisatie

De stichting Aanvullende Zorg Groot Rijnland (AZGR) was in 1995 gestart als een zelfstandige particuliere thuiszorgorganisatie. AZGR opereerde vanuit een platte organisatiestructuur, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen het zorgproduct en het logistieke proces ter ondersteuning van het zorgproduct. Het primaire proces werd gecoördineerd door een team van zorgconsulenten. Dit team werkte zelfsturend. Binnen dit team had elk lid de verantwoordelijkheid voor een bepaald werkgebied. De zorgconsulenten hadden de verantwoordelijkheid om vraag en aanbod zo dicht mogelijk op elkaar aan te laten aansluiten. Tevens onderhielden zij structurele contacten met de klanten. De zorgconsulenten hadden een brede taak. Zij hadden de verantwoordelijkheid voor de cliënt en de medewerkers; vanaf het binnenkomen van de aanvraag, tot dat de cliënt weer uit de zorg ging. Daarnaast namen ze personeel aan. Ze hadden ook contacten met zorgverzekeraars, artsen, behandelaars en RIO's. In het verleden zag de organisatiestructuur er anders uit door de aanwezigheid van een extra laag: raad van commissarissen, directie manager, kantoorpersoneel, medewerkers. Dit was in 1999 aangepast.

AZGR leverde de volgende producten:

- Huishoudelijke hulp;
- Gezinsverzorging/oppas thuis;
- Gezelschap bij ouderen thuis;
- Verzorging thuis;
- Verpleging thuis;
- Aanvullende zorg, naast zorg die door familie of kennissen verleend wordt;
- Terminale zorg en stervensbegeleiding;
- 24-uurszorg, verpleging en/of verzorging voor dag en nacht.

AZGR was bezig om het productenpalet uit te breiden. De particuliere thuiszorgorganisatie ging zich steeds meer op specifieke doelgroepen richten, zoals gezinnen met ADHD-kinderen, kinderen met autisme, crisissituaties en meer GGZ-problematiek. Dat was niet zozeer een bewuste keuze geweest, maar de vraag naar zorg vanuit die doelgroepen groeide en daar reageerde AZGR op.

AZGR behandelde zorgaanvragen vanaf drie uur. De zorg die AZGR leverde op basis van een Persoons Gebonden Budget (PGB) werd gebaseerd op het vastgestelde budget. AZGR deed op basis van het PGB van de cliënt een aanbod van zorgproduc-

ten om in de zorgbehoefte van de cliënt te voorzien.

De totale productie van AZGR bestond voor 50% uit terminale nachtzorg, voor 35% uit PGB-zorg en 15% incidentele klussen. Incidentele klussen bestonden bijvoorbeeld uit het overnemen van klanten van andere (reguliere) zorgaanbieders in de vakantieperiodes. Over het onderaannemerschap maakte AZGR alleen met de reguliere thuiszorgorganisatie jaarlijks productieafspraken. Met andere klanten maakte AZGR geen productieafspraken.

AZGR leverde ook zorg aan particulieren, maar dat was veelal tussentijdse zorg, totdat mensen een PGB hadden geregeld. Er waren niet veel mensen die particuliere zorg bleven afnemen, omdat de kosten daarbij hoog konden oplopen. Ongeveer 30 tot 33% van de PGB-zorg was gespecialiseerde zorg, 20% was lichamelijke hulp en verzorging en de rest was huishoudelijke hulp. Het PGB was een hard groeiende markt, vooral voor zorg aan kinderen. Huishoudelijke hulp viel meer weg. Mensen vroegen het ook bijna niet meer aan, vanwege de eigen bijdrage die was ingevoerd. De eigen bijdrage was zo hoog geworden dat mensen het vaak achterwege lieten, aldus de zorgconsulenten.

Met name jongere mensen met lichamelijke beperkingen kozen voor een PGB. De ouderen met een lichamelijke beperking kenden veelal die mogelijkheid niet en hadden ook vaak de mogelijkheid niet meer om het budget te beheren. Daarnaast ging het bij ouderen vaak om een half uur of driekwartier aan zorg en dat leverde AZGR niet. De zorgconsulenten merkten ook dat steeds meer mensen die de eigen bijdragen niet meer op konden brengen het PGB gebruikten om dan toch maar zorg te krijgen, zij het wat minder.

Missie en visie

“AZGR is gericht op het leveren van (thuis)zorg op basis van een persoonsgebonden budget. Tevens wordt er in nauwe samenwerking met diverse zorgorganisaties binnen de regio zorg in natura geleverd. In de hiervoor genoemde samenwerkingsrelatie is het leveren van terminale nachtzorg middels onderaannemer het meest bekend.”

“AZGR wil een commerciële, slagvaardige en flexibele organisatie zijn, waarbij zowel de interne als de externe cliënt centraal staan” (Jaarplan, 2004).

De kracht van AZGR was de kleinschaligheid van de organisatiestructuur, waardoor communicatielijnen kort waren en dus slagvaardig opgetreden kon worden. Vanuit een klantgerichte visie streefde AZGR naar openheid in communicatie en medezeggenschap op basis van gelijkheid. Het behoud van medewerkers werd ook van groot belang geacht voor het voortbestaan van AZGR.

6.3.3 De ontwikkeling van AZGR

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding

AZGR was in 1995 om drie redenen opgezet. Allereerst om vanuit een ander orgaan het PGB te kunnen leveren en de tweede reden was om BTW te besparen rondom uitzendarbeid. Er was vrij veel uitzendarbeid in die jaren, maar uitzendarbeid was een BTW belaste constructie. De Stichting Thuiszorg Groot Rijnland had daarom het initiatief genomen om een particuliere poot op te zetten en daar de samenwerking mee aan te gaan, zodat ze zorg met elkaar konden leveren. Daarmee bespaarden ze de BTW.

Een derde reden voor de opzet van AZGR was dat met deze constructie een andere doelgroep van medewerkers werd aangetrokken. AZGR was vaak tweede of derde werkgever. Veel mensen gingen ook weer aan het werk via AZGR. Voor veel mensen, met name voor degenen die in de nachtzorg werkten, was AZGR ook de eerste werkgever. Die groep mensen koos heel bewust voor AZGR, omdat ze 's nachts wilden werken. Tot slot werkten er ook mensen bij AZGR die wat ouder waren en fysiek geen zwaar werk meer aankonden en die het geven van de begeleiding leuk vonden.

Doelstelling

‘Aanvullende Zorg Groot Rijnland flexibel in zorg’ was in eerste instantie opgezet als aanvulling op de reguliere thuiszorgorganisatie Groot Rijnland. In een latere fase was de particuliere thuiszorg zich echter steeds meer zelfstandig gaan ontwikkelen. In het jaarplan 2004 werd de doelstelling van AZGR als volgt geformuleerd:

- AZGR is gericht op het leveren van (thuis)zorg op basis van een persoonsgebonden budget. Tevens wordt er in nauwe samenwerking met diverse zorgorganisaties binnen de regio zorg in natura geleverd. In de hiervoor genoemde samenwerkingsrelatie is het leveren van terminale nachtzorg middels onder aannemer het meest bekend.
- AZGR wil een commerciële, slagvaardige en flexibele organisatie zijn, waarbij zowel de interne als de externe cliënt centraal staan.
- AZGR blijft streven naar het behalen van haar belangrijkste doelstelling; het zorg dragen om een meerwaarde te zijn voor haar klanten en medewerkers (Jaarplan, 2004).

Vormgeving

Doordat AZGR een platte organisatiestructuur had, was er sprake van een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en korte communicatielijnen. Dit zorgde voor transparantie naar klanten toe en de mogelijkheid flexibel in te spelen op de regionale situatie van de arbeidsmarkt en de wensen en behoeften van de klanten en de medewerkers.

Het onderscheidend vermogen van AZGR ten opzicht van andere (reguliere) zorgaanbieders werd op de volgende terreinen verondersteld:

Visie en bedrijfscultuur: AZGR had een kleinschalige organisatiestructuur, waardoor communicatielijnen kort waren en dus slagvaardig opgetreden kon worden.

Sociaal - en personeelsbeleid: Het behoud van medewerkers werd van belang geacht voor het voortbestaan van AZGR.

Opleidingsbeleid: AZGR was van mening dat deskundigheidsbevordering een investering was in het belangrijkste productiemiddel van de organisatie: de medewerker.

Naast de klant werd ook de medewerker centraal gesteld bij AZGR. AZGR hanteerde daarbij het volgende uitgangspunt: “Zowel het product als het kapitaal van AZGR wordt gevormd door de dienstverlening van de medewerkende aan de klant. Het personeel vormt de kracht van de organisatie en is dan ook de belangrijkste investeringsbron voor AZGR. Vanuit deze visie blijft AZGR in staat zich nog meer te professionaliseren en in staat om de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen.”

Er was bij de oprichting van AZGR bewust gekozen voor een stichtingsvorm, omdat dat een maatschappelijk aanvaardbare constructie was. Toen AZGR werd opgericht waren de BV's namelijk in opspraak. AZGR flexibel in zorg had formeel geen winst streven, maar AZGR wilde als organisatie wel gezond blijven. Vanuit de zorgverle-

ning werd aangegeven dat het feit dat ze geen winst hoefden te maken, betekende dat ze flexibeler konden werken en makkelijker extra dingen konden doen, zoals hulp leveren bij de PGB-administratie.

AZGR was vlak na het onderzoek opgegaan in Florein Zorg wat wel een BV was. Er was gekozen voor deze rechtsvorm omdat het meer mogelijkheden bood voor samenwerkingstrajecten. Voor de doelgroep en de structuur van de organisatie veranderde er feitelijk niets. Het enige verschil was de aanwezigheid van de aandeelhouders. Als BV hadden ze in eerste instantie ook geen hard winststreven, zoals een normale BV zou hebben. Er werd aangegeven dat dit in theorie wel zou kunnen veranderen; dat de prijsstelling zou kunnen veranderen. Daarbij werd wel duidelijk het streven uitgesproken dat dit niets zou veranderen aan de kwaliteit van de dienstverlening.

De dienstverlening van AZGR kon worden opgedeeld in de volgende fasen:

- Aanmelding;
- Opstellen zorgovereenkomst;
- Zorgaanbod afstemmen/zoeken medewerker;
- Acceptatie zorgaanbod door cliënt;
- Aanpassing zorgovereenkomst;
- Zorgplan opstellen.

AZGR benadrukte in de zorgverlening de kwaliteit, flexibiliteit en snelheid van de zorgverlening. Een klantgerichte en interactieve communicatie met de klant werd daarbij van belang geacht. Niet alleen voor het leveren van zorg, maar ook voor de productontwikkeling. Daarnaast bood AZGR ondersteuning aan de cliënt voor het gehele proces, van indicatiestelling tot en met de administratie rondom het persoonsgebonden budget.

Er werd veel aandacht besteed aan het verbeteren van logistieke processen en het benutten van technologische mogelijkheden. Dit moest leiden tot een concurrerende kostprijs, snelle en adequate doorlooptijd, snelle inzetijd bij de klant, transparante en toetsbare overeenkomsten en snelle facturering.

In het kwaliteitshandboek (2003), wat als leidraad diende voor het handelen van AZGR, werd aangegeven dat het van belang was dat AZGR zich klantgericht opstelde. “Dit omvat meer dan alleen het aanbieden van de juiste diensten. De snelheid waarmee de diensten geleverd kunnen worden en de prijs/kwaliteit verhouding van de dienst spelen een rol.”

Vraagsturing was een vanzelfsprekendheid voor AZGR, in die zin dat de zorgaanbieder in een systeem functioneerde waarbij de individuele klant het geld, en dus de regie had. AZGR functioneerde in een context waarbij ze veel meer afhankelijk waren van hun klanten dan de reguliere thuiszorg, waardoor ze ook veel meer met de vraag van de klant mee moesten gaan; had AZGR een bepaald product niet dan moest het worden gecreëerd.

Voor AZGR was het vanzelfsprekend dat het vraaggestuurde zorg leverde, maar het werd onderkend dat het voor anderen wellicht niet zo vanzelfsprekend was. De directeur gaf dan ook aan dat AZGR er misschien verstandig aan zou doen om het meer hardop te zeggen, dat ze vraaggestuurde zorg leverden. De klant wist het en AZGR wist het, maar voor potentiële klanten of potentiële verwijzers zou het goed zijn om veel duidelijker te maken dat ze op zo een manier werkten.

In het leveren van zorg werd de verantwoordelijkheid duidelijk bij de patiënt neergelegd.

De klant was budgethouder, die bleef altijd verantwoordelijk voor zijn budget en de

manier waarop hij dat besteedde. Dat AZGR daar een stukje ondersteuning in bood was wel een commerciële gedachte: als AZGR de klant op de juiste manier hielp dan hield AZGR hem ook als klant; dan werden de facturen van AZGR betaald en kwam de klant niet in de problemen. AZGR probeerde mensen ook mondiger te maken, zodat ze zich minder afhankelijk zouden opstellen. AZGR gaf aan dat de cliënt de baas was en hij mocht het vertellen. AZGR keek dan vervolgens wat de mogelijkheden waren en bood dan eventueel een compromis. De zorgconsulenten gaven aan dat AZGR daar heel makkelijk en flexibel in was. Veelal kon er dezelfde middag iemand bij de cliënt langskomen, wat geheel kosteloos was. Als mensen structureel hulp vroegen bij hun administratie dan werd dat overigens wel gefactureerd.

Veel dingen werden ook gezien als een stukje service, omdat AZGR graag wilde dat de klant goede zorg zou krijgen. De zorgconsulenten gaven aan dat deze insteek wellicht voor een deel werd veroorzaakt door het feit dat bijna alle medewerkers een zorgachtergrond hadden, ook de directeur. Daardoor konden ze zich beter voorstellen hoe een thuissituatie er uit kon zien en hoe dat kon escaleren wanneer dingen niet op de juiste manier werden geregeld.

Een jaar voor het onderzoek had AZGR ook een aantal keren een bijeenkomst georganiseerd om klanten te informeren over het PGB. Daarnaast kon iedere cliënt die ondersteuning wilde hulp krijgen. Potentiële cliënten kregen via de telefoon hulp. Verder probeerde AZGR in het proces te zorgen dat mensen niet met problemen werden geconfronteerd. Zo maakte AZGR gebruik van automatische incasso's en cliënten konden bellen om een overzicht te krijgen voor hun verantwoording naar het zorgkantoor.

Het was niet zo dat AZGR echt cursusavonden gaf. Dat werd niet nodig geacht, omdat Per Saldo, de belangenvereniging van budgethouders, dat al deed.

Naast 'klantgerichtheid' was 'flexibiliteit' ook een speerpunt van AZGR. Zo werd aangegeven dat wanneer iemand op vrijdag belde voor huishoudelijk hulp de zorg al op maandag kon worden geleverd. AZGR had in principe geen wachtlijsten. Er werd gesteld dat de AZGR zo snel kon werken, omdat de organisatie weinig lagen had.

De organisatie was ook flexibel naar de medewerkers toe. De medewerkers kregen een behoorlijk grote vrijheid. Ook werd er rekening gehouden met voorkeurswerktijden, periodes dat medewerkers op een andere manier moesten werken door privé-omstandigheden, et cetera. Van de medewerkers werd echter ook flexibiliteit verwacht. AZGR verwachtte dat de medewerkers hun uiterste best zouden doen om in ieder geval mee te denken in het vinden van oplossingen.

Er werd aangegeven dat het PGB ook bijdroeg aan de flexibiliteit van de organisatie. Bij een PGB kan een cliënt zeggen: "ik ga drie weken op vakantie dus dan heb ik geen zorg nodig, maar als ik terugkom van vakantie dan heeft mijn huis eigenlijk wel iets extra's nodig." Dit zou niet kunnen bij reguliere thuiszorg. AZGR gaf aan vrij ver te gaan in het concept 'u vraagt en wij draaien'. Als een cliënt om zeven uur zorg wilde dan zou dat in de reguliere zorg moeilijk te regelen zijn, maar met een PGB zou dat in principe geregeld kunnen worden, mits AZGR daar ook de medewerkers voor zou hebben. In principe was het zo dat de klant vraagt en AZGR biedt of biedt er net naast en dan moest er gekeken worden of de klant het aanbod goed genoeg zou vinden.

Het verschil tussen reguliere zorg en PGB-zorg kwam ook tot uiting bij de zorg die AZGR leverde in onderaannemerschap. Voor AZGR was de klant een klant of het nou een organisatie was of een cliënt. Beide klanten moesten evengoed bediend worden en logistiek was het in principe hetzelfde, alleen werd bij een individuele klant alles door AZGR geregeld. Bij onderaannemerschap liep AZGR mee in het geheel van procedu-

res van de zorgaanbieder die AZGR had gecontracteerd, omdat dat contractueel zo geregeld was. Wanneer AZGR als onderaannemer zorg leverde dan had de reguliere zorgaanbieder de regie. De cliënt kon dan bijvoorbeeld niet tegen AZGR zeggen dat hij steeds dezelfde medewerker wilde hebben. De hulpverlening was ook anders. Bij de reguliere zorg waren de taken duidelijk afgebakend en was aangegeven wat wel en niet mocht worden gedaan door medewerkers. AZGR was daar wat flexibeler in, mits het geen schade en letsel zou aanbrengen aan medewerkers (bij GGZ bijvoorbeeld geen naalden in huis). Bij AZGR werd geredeneerd dat als het binnen het pakket paste, het een redelijke vraag was en de medewerker het kon en wilde doen, dat het dan geregeld kon worden.

Proces

AZGR was, in 1995, in eerste instantie opgezet ter aanvulling op en ondersteuning van de Thuiszorgorganisatie Groot Rijnland. In de periode 1995-1998 bevond 'AZGR flexibel in zorg' zich in een startfase waarin hard werd gewerkt aan het sterker en stabiel maken van de organisatie. In 1999 was de organisatie overgegaan naar een fase van stabiliteit en ontwikkeling. Toen was er ook een ontwikkeling gestart richting een meer zelfstandige organisatie. De organisatiestructuur werd aangepast, logistieke en administratieve processen werden verbeterd en de communicatie werd geformaliseerd. Daarnaast had de organisatie een nieuw pand betrokken en koos men voor een nieuwe uitstraling met een nieuw logo en een nieuwe kleurstelling. De directeur, die in 2000 in dienst trad, had ook als opdracht om los te komen van de reguliere thuiszorgorganisatie, met een eigen gezicht, eigen naam, en eigen identiteit, maar wel een goede klant-leveranciersrelatie. Toen de directeur bij AZGR kwam werken was AZGR voor vijftien procent afhankelijk van de reguliere thuiszorg. Ten tijde van het onderzoek was AZGR nog voor vijftig procent afhankelijk en was er sprake van meer evenwicht. De reguliere thuiszorg was nu 'gewoon' een goede grote klant waar AZGR zorg aan leverde, omdat de particuliere thuiszorg daar goed aan kon verdienen, maar niet meer omdat AZGR ten dienste stond van de reguliere thuiszorg. In 2002 was AZGR in een stabiliteitsfase terechtgekomen. Daarvoor hadden ze veel energie gestoken in het ontwikkelen van een eenvoudige en duidelijke logistiek, waardoor AZGR professioneler, zelfstandiger en klantvriendelijker was geworden.

Door de sterke veranderingen in de markt had AZGR zich moeten bezinnen op zijn strategie. AZGR had besloten om samen te gaan met Florein, een organisatie die ook een grote naam heeft in de schoonmaakwereld. Dat was een strategische keuze in het licht van de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

In het ontwikkelingsproces van AZGR was veel aandacht besteed aan het verbeteren van de administratieve organisatie en de kwaliteit van de geleverde zorg. Er werd veel aandacht besteed aan het verbeteren van de administratieve organisatie omtrent de urenregistratie en de salarisadministratie en het verbeteren van de managementinformatie. Daarbij kwamen ook zaken aan de orde omtrent de contracten met cliënten. Afspraken moesten duidelijker en consequenter worden vastgelegd om personeelsplanning te verbeteren. Omdat de prijs één van de mogelijkheden was om concurrerend te zijn, was het belangrijk voor AZGR om zo efficiënt mogelijk te functioneren. Zo werden voor 2001 de volgende speerpunten geformuleerd voor het financiële beleid:

- Realistische begroting gebaseerd op onder andere productie-uren en doelstellingen zoals verwoord in dit jaarplan.

- Hanteren van kostendekkende tarieven, welke gekoppeld aan de CAO meelopen.
- Stabiliteit in personele kosten door het hanteren van de inzetverhouding van 80% AZGR personeel en 20% ingehuurd personeel.
- Het waarborgen van de productiviteit en de omzetmarges door vaste afspraken te maken met de vaste klant en het aanboren van nieuwe potentiële klanten.
- Toewerken naar een omvang van 10% particuliere klanten.

Binnen de organisatie hanteerde AZGR het kwaliteitsmanagementsysteem HKZ¹-norm, waarbij een kwaliteitshandboek als uitgangspunt diende voor het handelen van alle medewerkers. Het doel van het kwaliteitsmanagementsysteem was de te leveren diensten beter te laten voldoen aan de eisen van klanten en de klanttevredenheid te verhogen. De gevolgde procesbenadering (als basis voor het continue verbeteren van de organisatie) zou moeten zorgen voor een voortdurende beheersing van koppelingen, wisselwerkingen en combinaties tussen de diverse processen binnen de organisatie. Concrete doelstellingen werden vastgelegd in de jaarlijkse directiebeoordeling van het kwaliteitsmanagementsysteem van de organisatie en besproken en gerealiseerd met de medewerkers. Het bevorderen van de kwaliteit verliep via de Deming-cirkel: plan-do-check-act. In de directiebeoordeling (één keer per jaar) werd gesproken over de resultaten van het kwaliteitssysteem en of het nog voldeed. Daarin werden ook verbeterformulieren gebruikt waarvoor de cliënten werden geraadpleegd.

In het kader van HKZ had AZGR intern ook een discussie gevoerd over verbeteringen en innovaties. AZGR innoveerde in de zin dat de producten aan steeds meer klantengroepen werden aangeboden. Er werden niet steeds nieuwe producten ontwikkeld. Het was meer een continue verandering en verbetering van de bestaande dienstverlening. AZGR had een HKZ-keurmerk aangevraagd om vertrouwen te wekken, vooral ook omdat AZGR bewust geen AWBZ-erkenning had aangevraagd.

Vanuit strategische overwegingen had AZGR zich wel aangesloten bij Branche organisatie Thuiszorg Nederland (BTN). AZGR voldeed als eerste thuiszorgorganisatie aan de eisen van BTN. Technisch gezien was dat de enige branchevereniging waar AZGR lid van kon worden, omdat het de enige brancheorganisaties was die zich openstelde voor particuliere partijen. De strategische reden om lid te worden was het feit dat AZGR daardoor met soortgelijke organisaties in contact kon komen en beter zou kunnen zien waar iedereen mee bezig was. Daarnaast werd AZGR via BTN geïnformeerd en onderhandelde BTN namens AZGR en werden de belangen van AZGR meer vanuit hun eigen perspectieven behartigd.

Ten tijde van het onderzoek had AZGR nog geen marktonderzoek gedaan om niches in de markt te vinden. De hulpvragen kwamen nog naar AZGR toe. AZGR was meer reactief dan pro-actief. AZGR belde wel regelmatig klanten om te vragen hoe de zorg werd ervaren. Dit deed AZGR ook omdat de organisatie extramurale leverde en de medewerkers dus niet binnen de organisatie werken, maar bij de mensen thuis. De medewerkers konden dus niet direct worden geobserveerd. Daarom werd bewust navraag gedaan bij de klanten. Er werd aangegeven dat er één keer per kwartaal telefonisch contact werd opgenomen met de klant om te kijken of alles naar wens was en of de hulpvraag doorgezet moest worden. AZGR meldde dan ook welke medewerker het komende kwartaal zou komen.

Bij klachten kon de klant zich in eerste instantie tot de medewerker wenden en in tweede instantie tot de zorgconsulent van AZGR. In derde instantie kon de klant zich wenden tot de directeur van AZGR. Wanneer de klant van mening was dat een klacht

niet naar tevredenheid was afgehandeld dan kon de klant zich wenden tot de onafhankelijke Landelijke Beroepscommissie Klachten (LBK). Als er klachten waren dan werd daar een verbeterformulier voor ingevuld volgens de HKZ-methodiek. Een klant gaf ook aan dat hij altijd kon bellen naar AZGR als er een klacht was, maar dat hij veelal niet meteen naar AZGR ging als er iets mis was, maar dat hij dat eerst besprak met de hulpverlener.

AZGR hoorde vaak wel in bedekte termen wat mensen van de zorg vonden, maar veelal waren de mensen terughoudend om te zeggen wat ze van de zorg vonden, omdat ze bang waren dat ze dan geen hulp meer zouden krijgen. Omdat AZGR het belangrijk vond om niet alleen incidenteel van een cliënt te horen hoe de zorg werd ervaren, maar ook wilde weten hoe AZGR het als organisatie in het algemeen deed en of er progressie in zat, voerde AZGR sinds 2003 jaarlijks klanttevredenheidsonderzoeken uit. Als er uit een tevredenheidsonderzoek zou komen dat mensen bijvoorbeeld liever aan de balie komen dan bellen dan zou AZGR daar het beleid op kunnen aanpassen. AZGR gaf aan dat ze als thuiszorgorganisatie er uiteindelijk op afgerekend zouden worden als ze niet actief met de wensen en behoeften van de klant om zouden gaan. AZGR wilde graag de goede naam die de zorgorganisatie had behouden. Uit de resultaten van een in 2003 uitgevoerd tevredenheidsonderzoek waren de volgende conclusies getrokken:

- Nagenoeg iedereen is tevreden over zijn/haar zorgvraag;
- De cliënt is vaak tevreden over de zorg die hij/zij aangereikt krijgt;
- Hij/zij kent AZGR door de medewerkers die zorg verlenen;
- Veel cliënten weten niet wat AZGR is;
- Telefonisch krijgen ze enigszins het vermoeden wat AZGR inhoudt, waar voor ze staan en wat ze precies doen;
- Cliënten ondervinden hinder om hun problemen te exploreren;
- Sommige vinden dat ze onvoldoende respons krijgen op hun problematiek;
- Wat achteraf gezien jammer is, is dat er wel geluisterd wordt, maar dat er vervolgens niks gebeurt met de problemen die zij kenbaar hebben gemaakt.
- Cliënten vinden het frustrerend dat er telefonisch beloftes zijn gemaakt en dat die niet worden nagekomen;
- Cliënten vinden het storend dat zij AZGR alleen kennen door de nota's die zij met regelmaat ontvangen.

6.3.4 Externe betrokkenheid

Zorgaanbieders

De reguliere thuiszorgorganisatie Groot Rijnland was de oprichter van AZGR flexibel in zorg. In eerste instantie was AZGR mede opgericht ter aanvulling op en ter ondersteuning van de reguliere thuiszorgorganisatie. Maar AZGR had zich redelijk snel ontwikkeld tot een zelfstandige onderneming. De reguliere thuiszorgorganisatie zou in formele zin altijd de oprichter blijven, die historische banden zouden blijven bestaan. Daar werd door AZGR ook rekening mee gehouden in de strategie, maar op een gegeven moment was er voor gekozen om die relatie meer open te gooien om de eigen kansen te kunnen benutten. Zo zaten er ten tijde van het onderzoek geen mensen van de Stichting Groot Rijnland meer in de Raad van Commissarissen. AZGR werd ook door klanten niet gezien als onderdeel van de reguliere thuiszorg. De beleving bij de meeste cliënten was dat het aparte organisaties waren die samenwerkten.

Er was nog wel een klant-leverancierrelatie. De reguliere thuiszorgorganisatie was de grootste klant waar AZGR mee samenwerkte. Het was de enige reguliere thuiszorg in het werkgebied van AZGR.

AZGR was onderaannemer van de reguliere thuiszorg, vooral voor incidentele (nacht)zorg.

Door de sterke veranderingen in de markt hadden zowel AZGR als Thuiszorg Groot Rijnland zich moeten bezinnen op hun strategie. Daarbij was ook hun onderlinge relatie onderwerp van bezinning. AZGR had besloten om samen te gaan met Florein een organisatie die een grote naam had in de schoonmaakwereld. Op 25 november 2004 was AZGR samengegaan met Florein in Florein Zorg. Reden om samen verder te gaan was dat beide partijen graag het verzorgingsgebied wilden uitbreiden. Florein was in 2004 ontstaan als een samenwerkingsverband tussen Vebego en Florence. Vebego had veel ervaring op het gebied van schoonmaakdiensten en het uitzendwezen.

De reguliere thuiszorgorganisatie had besloten om voor een deel mee te participeren in de nieuwe ontwikkeling van AZGR, omdat AZGR zo een aantrekkelijke partner was door het schoonmaakproduct. Er was dus gekozen voor samenwerking in plaats van concurrentie.

Binnen het ondernemingplan 1997 van AZGR was aangegeven dat AZGR zich vooral ging richten op het derde compartiment. Waarbij strategische overwogen werd of er al dan niet netwerkrelaties zouden worden aangegaan met service-organisaties en/of soortgelijke aanbieders. AZGR was ondertussen met meerdere zorgaanbieders samenwerkingsverbanden aangegaan. Het aangaan van samenwerkingsverbanden met reguliere zorgaanbieders bood mogelijkheden om het onderaannemerschap verder uit te breiden en het productenpalet te ontwikkelen. Naast de reguliere thuiszorgorganisatie waren er ook verzorgingshuizen die thuiszorg leverden en daar was AZGR ook onderaannemer van. AZGR detacheerde medewerkers bij zorgorganisaties in de regio Leiden, Rijndorpen, Alphen a/d Rijn en Veense plassen.

In 1999 had AZGR ook een samenwerkingsverband gesloten met 'Individuele Zorg voor Huishoudelijke Ondersteuning', een instelling voor huishoudelijke zorg gevestigd in Alphen a/d Rijn. Deze organisatie leverde huishoudelijke hulp aan particulieren en instellingen. AZGR was deze samenwerking aangegaan om de aanvragen van hun klanten zo optimaal mogelijk in te kunnen vullen en de wachtlijsten te doen slinken.

Er was tevens een samenwerkingsovereenkomst met Cardea (jeugdhulpverlening) die intensieve gezinszorg afnam van AZGR. AZGR had veel contacten met de jeugdzorg. AZGR leverde ook aan de MEE, een organisatie die informatie, advies en ondersteuning biedt aan mensen die met een beperking te maken hebben.

Voor de MEE (voormalig Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)) en voor de jeugdzorg was AZGR ook een kennisbron, omdat deze organisaties vaak mensen op weg helpen met een PGB. AZGR wilde niet alles zelf doen, maar mensen wel richting geven. AZGR wilde andere zorgorganisaties adviseren om daarmee een interessante partij te worden.

Incidenteel had AZGR overleg met ziekenhuizen om bekendheid te geven aan het PGB of om te kijken wat ze met elkaar konden, maar dat was incidenteel. De ziekenhuizen zochten het nog meer bij de reguliere thuiszorg.

AZGR was ook actief in overleg met scholen binnen het speciaal onderwijs. AZGR leverde zorg op scholen en deed daar ook projecten.

Tot slot had AZGR samenwerkingrelaties met uitzendbureaus voor de levering van medewerkers. Tegelijkertijd waren de uitzendbureaus concurrenten, omdat ze, net als AZGR, in staat waren om flexibele inzet van zorg te leveren in de avonduren. Het enige verschil was dat AZGR geen personeelsarbeid leverde, maar veel meer zorg. De

medewerkers werden bij AZGR ook actiever geschoold en het waren allemaal ervaren mensen.

Regionaal indicatieorgaan

Ten tijde van het onderzoek waren de RIO's net opgegaan in het Centrum Indicatie Zorg (CIZ). De RIO's waren teruggebracht naar 16 regio's die gelieerd waren aan een zorgkantoor. Elke regio had een regiodirecteur en daaronder een locatiemanager, die drie locaties aanstuurde. De lokale CIZ Leiderdorp had twee teamcoördinatoren die een team aanstuurden van twaalf tot vijftien mensen. In dit team zaten onder andere ergotherapeuten, verpleegkundigen, artsen, een jurist en een medisch maatschappelijk werkende.

De Missie van het nieuwe CIZ luidde als volgt: "Het is onze missie om op grond van wettelijke bepalingen de indicatiestellingen voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten eenduidig, onafhankelijk en integraal uit te voeren voor onze cliënten. Op verzoek van gemeenten adviseren wij over de Wet voorzieningen gehandicapten en Sociaal-medische voorzieningen." De visie op de indicatiestelling luidde als volgt: "Snel en eenvoudig waar mogelijk, uitgebreid waar nodig.

Eenduidig: Om het proces van indicatiestelling te verbeteren, te uniformeren en te objectiveren maken we gebruik van standaarden en landelijke richtlijnen, vastgelegd in werkdocumenten.

Onafhankelijk: Het CIZ werkt onafhankelijk. De AWBZ is het wettelijke kader waarbinnen het CIZ functioneert. Aard, inhoud en omvang van de zorg zijn vastgelegd in het Besluit Zorgaanspraken; de enige officiële bron over de wettelijke aanspraken.

In het zorgindicatiebesluit, onderdeel van het Besluit Zorgaanspraken, staan de regels voor het werkterrein, de samenstelling en de werkwijze van de indicatieorganen.

Integraal: Het CIZ streeft naar integrale indicatiestelling. We zetten ons ervoor in bestuurlijke afspraken te maken met gemeenten over de indicatiestelling van de Wet voorzieningen gehandicapten en sociaal-medische advisering. Ook werpen we ons op als indicatiespecialist op aanpalende beleidsterreinen die verband houden met het ondersteunen van mensen met beperkingen in het dagelijks functioneren en maatschappelijk participeren. Bijvoorbeeld de sociale zekerheid, hulpmiddelen en faciliteiten voor mantelzorgers. Op deze manier zal en kan het CIZ de rol als poortwachter naar publieke zorg blijven vervullen. Als u vragen op een van deze terreinen heeft, informeer dan altijd eerst bij uw gemeente of bij het CIZ in uw regio waar u precies moet zijn" (Website CIZ, 2005).

Aan het einde van het indicatieproces legt het RIO/CIZ de cliënt de keuze voor van zorg in natura of een persoonsgebonden budget. Zolang een cliënt niet onder curatele staat, mag wat betreft het RIO een cliënt kiezen voor een PGB of zorg in natura. Een teamcoördinator gaf aan dat in de psychiatrie en de gehandicaptensector er heel veel met het PGB wordt gewerkt, maar dat ouderen over het algemeen kozen voor zorg in natura. Die wilden de administratieve lasten niet. In de gehandicaptensector werd bijna alleen maar een PGB aangevraagd. De ouders gingen dan vervolgens zelf op pad om te kijken waar ze de zorg voor hun kind het beste konden inkopen.

Het was volgens de teamcoördinator niet zo dat de indicatie of de herindicatie anders verloopt bij PGB-zorg dan bij zorg in natura, want dan zou er sprake zijn van rechtsongelijkheid. Soms was het wel zo dat iemand met een PGB bewuster met het indicatieproces bezig was. Het gebeurt ook vaker bij PGB-houders dat mensen vonden dat ze recht hadden op bepaalde zaken. Dit had niet zozeer te maken met mondigheid die doorslaat, maar met een andere visie.

In het voormalige RIO-bestuur zaten vertegenwoordigers van de ouderenbonden, het RPCP, de huisartsen etc. Het bestuur bood plaats aan twee zorgvragers. De ene zorgvrager vertegenwoordigde de ouderenorganisaties, de andere de organisaties voor mensen met een lichamelijke handicap. Als er een vertegenwoordiger benoemd moest worden dan droeg het RPCP een geschikte kandidaat voor. Het bestuur kwam maandelijks bij elkaar en dat was een overleg tussen het bestuur en de directeur van het RIO. Een teamcoördinator gaf aan dat het bestuur een zakelijke en professionele werkhouding had. Ieder lid van het bestuur was verantwoordelijk voor de doelstellingen en de missie van het RIO en dat hielden ze in de gaten, naast de belangen van de organisatie die ze vertegenwoordigen. In dat spanningsveld werd met elkaar gewerkt. Tientijde van het onderzoek waren ze wel bezig met een bestuur voor het CIZ op landelijk niveau.

Volgens een teamcoördinator bestond er een gezonde spanning tussen het RIO/CIZ en de aanbieders. Dat had alles te maken met het feit dat de zorgaanbieders belanghebbenden waren en het RIO/CIZ beoordeelde wat de cliënt nodig had. Soms kwamen die zaken overeen en soms niet. Er was wel afstemming en overleg, maar dat waren meestal zaken die te maken hadden met de uitvoering, bijvoorbeeld data die niet klopten, etc. Het overleg met de zorgaanbieders was zakelijk en constructief. Het RIO/CIZ had verder geen reguliere contacten met zorgaanbieders. Er waren zo ontzettend veel zorgaanbieders dat regulier contact met elke aanbieder lastig was. De contacten met de zorgaanbieders waren altijd rondom individuele gevallen. De zorgaanbieders wisten het RIO/CIZ wel te vinden.

In het verleden had het RIO/CIZ meer afstemming met de aanbieders, omdat het RIO/CIZ een inhaalslag moest maken omtrent de vele mensen die thuis zorg ontvangen of ontvingen zonder een geldige indicatie, of zelfs zonder een indicatiestelling. Er was toen veel overleg tussen het RIO/CIZ en de zorgaanbieders, omdat heel veel mensen zodanig door het RIO/CIZ beoordeeld waren dat ze niet meer in aanmerking kwamen voor AWBZ voorzieningen. Dat was een inhaalslag die het RIO/CIZ nu grotendeels gemaakt had.

Het RIO/CIZ vindt het belangrijk om zo onafhankelijk mogelijk te zijn van het aanbod. Ze wilden wel op de hoogte zijn van ontwikkelingen in het aanbod maar niet te veel. “Als je vraaggestuurd wil werken dan moet je dus niet met het aanbod bezig zijn, want dan ondergraaf je dat weer”, aldus een teamcoördinator.

Een teamcoördinator gaf aan dat er geen verschil in contacten was tussen reguliere aanbieders en particuliere aanbieders. Het RIO/CIZ maakte geen onderscheid tussen hun contacten met private en reguliere zorginstellingen. De teamcoördinator had wel eens gehoord van AZGR, maar hij had daar geen meer contact mee.

AZGR had voor de komst van het CIZ te maken met twee RIO's. De contacten daartussen verschilden. Met de ene RIO kon casuïstiek beter besproken worden dan met de andere RIO. De RIO's waren in eerste instantie wat afhoudend, maar het voordeel van afstemming werd in sommige gevallen wel ingezien, aldus de directeur van AZGR. Het RIO belde ook wel eens voor advies of ze vroegen AZGR om naar een specifiek aspect te kijken bij een klant, omdat ze een indicatie gingen afgeven. Het feit dat AZGR veel kennis had omtrent het persoonsgebonden budget pakte ook wel eens negatief uit, omdat dat het RIO leek te irriteren. AZGR vond ook dat ze, ter bescherming van de klant, het RIO er op aan moesten spreken wanneer ze verkeerd indiceerden. Dat werkte ook wel eens nadelig voor het contact met het RIO.

Patiëntenorganisaties

Hoewel AZGR met name zaken doet met individuele budgethouders, zijn er ook in het werkgebied van AZGR en op het terrein van het PGB patiëntenorganisaties werkzaam.

Per Saldo

Per Saldo is een landelijke ledenvergadering die was opgericht in 1995 bij de introductie van de eerste landelijke regeling van persoonsgebonden budgetten. In 1995 was er even een periode dat budgethouders verplicht lid moesten worden van een budgethoudervereniging. Een aantal jaren later was de controle en beheertaak van de AWBZ-gelden overgegaan naar de sociale verzekeringsbank en was Per Saldo gewoon weer een ledenvereniging geworden. Per Saldo was vanaf het begin een landelijke organisatie en had het accent gelegd op individuele service en op individuele dienstverlening. Per Saldo had veel contact met patiëntenorganisaties en werd ook wel uitgenodigd door regionale afdelingen van patiëntenorganisaties om over PGB te praten. Ze hadden ook overleg met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de CG-raad en de federatie van ouderverenigingen. Per Saldo zat ook bij allerlei reguliere overleggen over AWBZ en vraagsturing.

Regionaal Patiënten en Consumenten Platform

De vereniging Regionaal Patiënten en Consumenten Platform Zuid-Holland Noord was een vereniging van verenigingen. Ze hadden ongeveer zeventig lidorganisaties. Het RPCP had ook een werkgroep AWBZ. In de werkgroep zaten vertegenwoordigers van ouderenbonden, cliëntenraden in verpleeg- en verzorgingshuizen, maar ook lokale platforms gehandicaptenbeleid en de regionale federatie van ouderenverenigingen. De werkgroep werd voorgezeten door de directeur van het RPCP en ondersteund door een beleidsmedewerker. In de loop van 2003 had deze werkgroep herziene zorgvragerscriteria voor verpleging en verzorging definitief vastgesteld. Deze criteria waren aangeboden aan het zorgkantoor en aan de zorgaanbieders in deze sector. Het zorgkantoor had besloten om deze criteria vanaf 2004 te gaan gebruiken als onderdeel van haar contracteerbeleid.

De werkgroep had ook een bijdrage geleverd aan het onderzoek dat het regionaal zorgkantoor had laten uitvoeren naar de ervaringen van mensen met het proces van zorgtoewijzing. Dit onderzoek was uitgevoerd door het NIZW. Daarnaast had de werkgroep een notitie van de regionale koepel van verpleeg- en verzorgingshuizen (Avant) over de gangbare verpleeghuiszorg besproken en van commentaar voorzien. Er was ook een werkgroep Regionale IndicatieOrganen die als taak had zo goed mogelijk toezicht te houden op de RIO's in de regio. Door de instelling van het CIZ waren de activiteiten van de werkgroep stil komen te liggen.

Naast werkgroepen zette het RPCP ook projecten in bij actuele kwesties. Zo toetste het RPCP sinds 2000 jaarlijks de kwaliteitsjaarverslagen van de zorgaanbieders in zijn regio. De (reguliere) zorgaanbieders waren ook wettelijk verplicht om de kwaliteitsjaarverslagen aan de RPCP's te geven. De gehanteerde criteria waren gebaseerd op de eisen die de kwaliteitswet stelde. Het RPCP bekeek een kwaliteitsjaarverslag vooral vanuit zorgvragersperspectief. De resultaten van de evaluatie maakte het RPCP in de eerste plaats bekend aan de zorgaanbieder. Maar het RPCP publiceerde de bevindingen ook aan een groter publiek. Tenslotte liet het RPCP het zorgkantoor weten wat de resultaten waren, zodat deze beter in staat was om een verantwoorde inkoop van zorg te realiseren.

Een ander project was het steunpunt PGB dat in augustus 2003 was opgezet in reactie op de invoering van de nieuwe AWBZ-regeling. Dat gebeurde in samenwerking met Per Saldo. Er was een consulent voor 24 uur per week aangesteld. Het doel van het steunpunt was het geven van voorlichting, ondersteuning en advies over het PGB, zowel aan individuele cliënten als aan groepen. Er was een telefoonlijn en een website in samenwerking met andere consultants in de regio. De consulent onderhield ook een netwerk. Zo was er geregeld overleg met de gemeentelijke zorgloketten en het RIO. Daarnaast waren er vaste contacten met het Zorgkantoor en het GGZ zorgvragersoverleg Zuid-Holland Noord. In eerste instantie was het steunpunt opgezet voor ouderen, omdat daar nog geen voorzieningen voor waren, maar dat was verlaten nu het PGB voor iedereen gelijk was.

De participatiemogelijkheden voor het RPCP waren bij een PGB wel minder. Bij het PGB was voor het RPCP met name een rol weggelegd om mensen goed voor te lichten. Op dit moment pakte het RPCP deze voorlichtingsfunctie op, maar uiteindelijk vond het RPCP dat deze taak bij het zorgkantoor en de aanbieders thuishoorde.

De activiteiten en/of participatie bij overleggen die het RPCP wilde ondernemen werden bepaald door het aantal manuren dat het RPCP ter beschikking had. Het gebeurde ook wel dat in plaats van het RPCP iemand uit de achterban ging, die dan wel werd ondersteund door het RPCP. Het RPCP probeerde de vertegenwoordiging meestal samen met een achterbanlid te doen. Het RPCP koos hiervoor, omdat het RPCP niet altijd voor anderen wilde spreken. Daarnaast merkte het RPCP ook dat als mensen zelf aanwezig waren, ze ook weer makkelijker de informatie naar hun eigen achterban terugkoppelden. Het was vaak een probleem dat het RPCP allerlei dingen met de vertegenwoordigers van de achterban besprak, maar dat de informatie niet helemaal goed teruggekoppeld werd.

Een beleidsmedewerker van het RPCP gaf aan dat ze nog nooit gehoord had dat de representativiteit van het RPCP in twijfel werd getrokken. Het was meer hun eigen worstelen. Dat was ook de reden waarom ze niet alles via werkgroepen wilden doen. Om de behoeften en wensen van de patiënten te achterhalen organiseerden de RPCP's elk jaar een meldweek, soms werd dat ook landelijk of op provinciaal niveau gedaan. Ze waren ook bezig om op meerdere gebieden panels op te zetten, zodat ze een groep mensen hadden bij wie ze per e-mail of schriftelijk vragen konden uitzetten. Het RPCP had subsidie aangevraagd voor een project met jongeren, maar dat was afgewezen door de provincie. Nu probeerde het RPCP op een andere manier de jongeren te bereiken, bijvoorbeeld via de lidorganisaties voor chronische zieken of de diabetesvereniging, maar het bereiken van een grote gevarieerd deel van de achterban bleef wel steeds een worsteling.

De PGB-consulent van het RPCP onderhield contacten met reguliere zorgorganisaties, maar het was geen intensief contact. Het meeste contact liep via het zorgloket in Leiden. Dat was de eerste in de keten waar de mensen zorg konden aanvragen. Bij het loket konden ze een aanvraagformulier krijgen die leidt tot een indicatie bij het RIO. De PGB-consulent gaf aan dat ten tijde van het onderzoek de regionale thuiszorgorganisaties bezig waren om de zorg voor PGB-houders verder te ontwikkelen en daarbij stelden ze ook zelf PGB-consulenten aan die dan verbonden waren aan de instellingen. De instellingen en het PGB-steunpunt hadden contact gelegd om van gedachten te wisselen en over elkaars activiteiten te informeren. Bij de thuiszorgorganisatie had de PB-consulent met name contact met de PGB-consulent daar.

AZGR had niet veel contact met patiëntenorganisaties, omdat voor AZGR de individuele klant de inkoper was en die bepaalde wat hij wil. Het RPCP vond het geen gunstige ontwikkeling dat de private organisaties ook zelf PGB-ondersteuning boden. Het RPCP vroeg zich af of die ondersteuning wel onafhankelijk genoeg was van het aanbod. Het RPCP volgde de ontwikkeling en probeerde mensen er op te wijzen om in ieder geval op verschillende plekken informatie te halen. Tevens werd aangegeven dat de aanwezigheid van particuliere zorgaanbieders niet moest leiden tot versnippering van het zorgaanbod. Ook werd er gesproken over de kwaliteit van de zorg. Er werd aangegeven dat het moeilijk was om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij een PGB is er geen enkele controle op de kwaliteit van de zorg en de budgethouder is daar zelf verantwoordelijk voor. Er zijn heel veel particuliere instellingen die slechte zorg leveren, waarbij het alleen maar om het geld gaat in plaats van om de zorg, aldus het RPCP.

Zorgkantoor

Voor de zorgkantoren Amstelland, Meerlanden en Zuid-Holland Noord was Zorg en Zekerheid de concessiehouder. Deze regionale zorgverzekeraar had de concessie voor de periode 2002 tot en met 2005 toegewezen gekregen. Het zorgkantoor had de volgende doelstelling: “Een klantvriendelijke, doelmatige, uniforme en concurrentievrije uitvoering van de AWBZ” (Beleidsplan 2002-2005). In het beleidsplan (2002-2005) worden de volgende doelstellingen geformuleerd:

- *Het bereiken van een AWBZ-brede zorgregistratie bij het zorgkantoor.* Hieronder wordt de registratie op cliëntniveaus van indicatiestelling tot zorgconsumptie en de aanwezigheid van een AWBZ-brede wachtlijstregistratie verstaan.
- *Het ontwikkelen van een AWBZ-brede en regiospecifieke zorgbemiddelingsfunctie,* waarbij binnen de Treek-normen de geïndiceerde zorg gerealiseerd wordt.
- *Het uitbouwen van de informatiefunctie,* waarbij het zorgkantoor een wegwijzer voor de AWBZ wordt.
- *Uitbreiding extramurale zorgcapaciteit en kleinschalig geclusterd wonen in 2005.* Intramurale voorzieningen zijn in 2005 uitsluitend bestemd voor zorgintensieve patiënten.

Wat het PGB betreft gaf het zorgkantoor aan dat ze waar mogelijk en wenselijk het gebruik van persoonsgebonden en persoonsvolgende financiering stimuleerden. In het beleidsplan gaf het zorgkantoor aan dat het de zorgvrager actief zou informeren over de verschillende vormen van financiering. Dit diende echter nog verder ontwikkeld te worden. In het verleden had het zorgkantoor wel voorlichting gegeven aan verzekerden, maar ten tijde van het onderzoek gebeurde dat eigenlijk alleen telefonisch. Ze waren wel bezig met een brochure, dat jaarlijks opnieuw werd uitgegeven en waarin informatie stond over het PGB.

Het zorgkantoor heeft de plicht om zorg in te kopen en toe te wijzen. Een verzekerde heeft een indicatie met een besluit en het zorgkantoor moet er voor zorgen dat de verzekerde die zorg krijgt. Kiest een verzekerde voor een PGB dan kiest hij ook voor de regelgeving die aan het PGB kleeft. Hij is dan zelf verantwoordelijk voor de inkoop van de geïndiceerde zorg. Het zorgkantoor voert de subsidieregeling van het PGB uit en daaraan zitten een aantal eisen voor de technische afhandeling omtrent de financiële kant. Met betrekking tot de uitvoering van de zorg, de coördinatie van die zorg en de kwaliteit van de zorg, heeft de budgethouder echter heel duidelijk een eigen

verantwoordelijkheid. De zorgplicht van het zorgkantoor vervalt op het moment dat iemand voor een PGB kiest. Die zorgplicht blijft wel in die zin dat als iemand niet met het PGB om zou kunnen gaan. In dat geval zal de zorg weer in natura gegeven moeten worden. Kiest iemand voor een PGB dan vervallen alle controlemogelijkheden van het zorgkantoor die er zijn bij zorg in natura. Het zorgkantoor zag voor zichzelf geen rol weggelegd om bij PGB-zorg de kwaliteit in de gaten te houden. Die rol was er wettelijk gezien niet. Ze konden die verantwoordelijkheid wel oppakken, maar ze hadden geen bevoegdheid. Het enige wat ze konden doen was het melden aan de inspectie, zoals elke burger de plicht of het recht heeft om dat te doen.

Het zorgkantoor had met de reguliere zorgaanbieders periodieke afspraken rondom productie, etc., maar het zorgkantoor had geen geregeld overleg met instellingen over het PGB. Er waren echter wel beleidsaspecten die een rol speelden. Zo mag een AWBZ-aanbieder niet een heel groot gedeelte van zijn capaciteit besteden aan particuliere PGB's, want het was dan toch meer een particuliere afspraak, terwijl die productie eigenlijk vanuit de AWBZ geregeld zou moeten worden. Het PGB is ook AWBZ geld, maar dat loopt via andere kanalen.

Bij zorg in natura had een zorgkantoor meer verantwoordelijkheden en taken en kan daarom ook meer samenwerken met zorgaanbieders. Bij de PGB-zorg was minder mogelijk.

AZGR had bewust geen AWBZ-erkenning aangevraagd om zich vrij te kunnen blijven bewegen als zorgaanbieder. Doordat ze geen erkenning hadden, hoefden ze ook geen contracten aan te gaan met het zorgkantoor. Dit betekende dat er in principe geen zorginkooprelatie bestond tussen het zorgkantoor en AZGR. Deze relatie bestond tussen AZGR en haar cliënten. Het zorgkantoor had echter wel een rol bij het toekennen van het persoonsgebonden budget. AZGR had met name contact met het zorgkantoor, omdat het PGB via het zorgkantoor geregeld wordt. Dus met de afdeling PGB was er wel intensief contact.

Doordat AZGR het HKZ-keurmerk had, zat de zorgaanbieder af en toe aan tafel bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor gaf echter aan dat er geen direct contact was met AZGR en dat ze in principe alleen contacten hadden met reguliere instellingen. Het zorgkantoor gaf aan dat er wel afspraken waren tussen het PGB-team en AZGR. Die afspraken hadden betrekking op het feit dat als er een indicatie gesteld was er snel zorg ingezet moest worden. Vaak liep dat contact via een beleidsmedewerker.

Wat betreft het contact van het zorgkantoor met patiëntenorganisaties was het RPCP met name de gesprekspartner van het zorgkantoor. De beleidsmedewerkers van het zorgkantoor hielden zich met de kwaliteit van de instellingen bezig en die hadden vrij intensief contact met het RPCP als het ging om bijvoorbeeld de kwaliteitsjaarverslagen en de screening daarvan. De accountmanagers hadden ad hoc contact met het RPCP.

Het overleg met RPCP's op bestuurlijk niveau was ongeveer vier keer per jaar. Er was geen vaste agenda. Daarnaast was het contact tussen het RPCP en het zorgkantoor vooral ad hoc. Als er iets speelde dan belden ze elkaar. Daarnaast zagen ze elkaar op allerlei bijeenkomsten. Het RPCP had ook twee plaatsen in de Raad van Advies van het zorgkantoor. De adviesraad kwam ongeveer vier keer per jaar bij elkaar. De RPCP's hadden nog geen beslissingsbevoegdheid; het ging om advies. De patiëntenvertegenwoordiging moest nog vorm krijgen.

Met name de directe contacten met verschillende medewerkers van het zorgkantoor werden door het RPCP belangrijk gevonden. De relatie met het zorgkantoor was de

laatste jaren erg goed, mede vanwege het feit de RPCP vaak zorgvragerscriteria voor verschillende aandachtsgebieden opstelde.

De PGB-consulent van het RPCP had regelmatig overleg met het zorgkantoor. Er was een keer in de twee maanden overleg met een beleidsmedewerker en dan werd alles rondom het PGB besproken. Het was met name om elkaar op de hoogte te houden, en voor de PGB-consulent vormde het overleg soms een ingang naar het zorgkantoor. Daarnaast was het overleg om knelpunten te signaleren en eventueel een casus voor te leggen en te bespreken. De PGB-consulent zag de relatie met het zorgkantoor als een samenwerkingsverband. Het zorgkantoor voerde deze overleggen met name voor de klant. Als er een probleem waren met de zorgverlening dan kon het zorgkantoor in gesprek gaan met de betreffende partij en als er problemen waren met het zorgkantoor dan kon het zorgkantoor daar ook actie op ondernemen.

Tussen de leidinggevenden van het zorgkantoor en de leidinggevende van het CIZ was er een regulier maandelijks overleg. Met PGB team van het zorgkantoor had het CIZ/RIO zijdelings contact; dat was meer rondom praktische vragen.

Het CIZ/RIO had intensief contact met het zorgkantoor, vooral met betrekking tot de afstemming tussen indicatiestelling en de functies van de AWBZ, met name in verband met ingewikkelde indicatiestellingen, zoals nachtzorg en terminale zorg waarbij grote hoeveelheden zorg geïndiceerd moeten worden.

Voetnoten

¹ Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector

7 Vraagsturing in de kortdurende zorg

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden drie casus besproken die betrekking hebben op zorg voor kortdurende, niet-acute somatische aandoeningen:

- De reorganisatie van een ziekenhuis naar een vraaggestuurde organisatie;
- De opzet van een sportmedisch centrum;
- De opzet van zelfstandige behandelcentra die anderhalflijnzorg verzorgen.

In paragraaf 7.2 wordt de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ besproken. Deze casus is in 2002 onderzocht. In paragraaf 7.3 komt de casus ‘Het sportmedisch centrum’ aan de orde die in 2003 tot begin 2004 is onderzocht en tot slot wordt in paragraaf 7.4 de casus ‘Anderhalflijnzorg’ beschreven. Deze laatste casus is in 2004, begin 2005 onderzocht en vormt een ‘critical case’ in die zin dat het zorgvernieuwingstraject niet is geïnitieerd door een reeds bestaande zorgaanbieder, maar door een nieuw toegetrede zorgaanbieder. De casus worden als volgt besproken:

Allereerst wordt ingegaan op de (initiatiefnemende) organisaties die centraal staan in het zorgvernieuwingstraject. Hierbij worden de structuurkenmerken van de organisaties en de producten en diensten die door de organisaties worden geleverd besproken. Vervolgens komt het zorgvernieuwingstraject aan de orde. Daarbij wordt eerst gekeken naar de aanleiding en de doelstelling van het zorgvernieuwingstraject. Daarna wordt de vormgeving van de zorgvernieuwing en het proces zoals dat is doorlopen besproken. Tot slot wordt er gekeken naar de betrokkenheid van externe partijen. Bij dit laatste onderdeel wordt ook ingegaan op de interacties tussen de partijen op lokaal en regionaal niveau.

Net als in het vorige hoofdstuk vormt deze indeling een leidraad voor een systematische bespreking van de casus.

7.2 Het vraaggestuurde ziekenhuis

7.2.1 Introductie

Het Deventer Ziekenhuis had in 1999 met de presentatie van het visiedocument ‘Het nieuwe Deventer Ziekenhuis vraaggestuurd in zorg, bouw en organisatie’ een start gemaakt met een grote reorganisatie richting een vraaggestuurd ziekenhuis. Met deze reorganisatie speelde het ziekenhuis in op de recente ontwikkelingen en de ‘nieuwe eisen’ die werden gesteld aan ziekenhuizen. Hiermee probeerde het ziekenhuis zijn regionale positie te versterken en de reorganisatie en nieuwbouw te laten slagen.

7.2.2 Initiatiefnemer

De organisatie

De stichting Deventer ziekenhuizen (het Deventer Ziekenhuis) was een algemeen ziekenhuis dat in 1985 was ontstaan uit een fusie van twee ziekenhuizen. Als regionaal ziekenhuis had het Deventer Ziekenhuis bijna alle specialismen in huis. De volgende (medische) specialismen waren aanwezig: anesthesie/pijnbestrijding, cardiologie, dermatologie, farmacie, geriatrie, gynaecologie/verloskunde, voortplantings-

geneeskunde, heelkunde, interne geneeskunde, kaakchirurgie en mondziekten, keel-, neus- en oorheelkunde, kindergeneeskunde, klinische chemie, klinische psychologie, longziekten, medische microbiologie, neurologie, nucleaire geneeskunde, oogheelkunde, orthopedie, pathologische anatomie, plastische chirurgie, radiodiagnostiek, reumatologie, revalidatiegeneeskunde.

Urologie, dialyse, traumatologie, spoedeisende hulp en oncologie vormden de medische zwaartepunten van het ziekenhuis

In het ziekenhuis waren 1800 medewerkers werkzaam, waaronder 100 medisch specialisten. Het Deventer Ziekenhuis had een platte structuur die uit twee lagen bestond. Het dagelijks bestuur van het ziekenhuis was in handen van een directeur, die werd ondersteund door een managementteam. In het managementteam hadden de sector- en diensthoofden en de voorzitter van de Vereniging Medische Staf plaats. De directie en het managementteam vormden samen het strategische niveau.

Op het operationele niveau bevonden zich zes sectoren, waarin het primaire proces en de ondersteunende diensten waren ondergebracht. Het primaire proces, waarin de professionals (specialisten, paramedici en verpleegkundigen) een centrale rol speelden, werd gedragen door twee sectoren: 1) de kliniek en 2) de polikliniek/onderzoek en behandeling. De rol van het management hierbij was er voor te zorgen dat de professionals hun werk goed konden uitvoeren.

De meeste specialisten die in het Deventer Ziekenhuis werkten waren 'vrijgevestigd'. Ziekenhuisbreed waren de vrijgevestigde specialisten verenigd in de stafmaatschap. Alle specialisten waren vertegenwoordigd in de Vereniging Medische Staf (VMS). Het bestuur van de medische staf had onder andere tot taak de directie namens de specialisten te adviseren.

Begin 2000 was de stafmaatschap Vrijgevestigde Specialisten Deventer (VSD) in het Deventer Ziekenhuis opgericht. Vanaf dat moment waren er geen aparte vakgroepen meer. De oprichting van de stafmaatschap had voordelen opgeleverd voor de voortgang van de organisatieontwikkelingen. De inkomens van de medische staf waren onderling geharmoniseerd, waardoor er geen inkomensverschillen meer bestonden die discussiepunten opleverden bij de organisatieveranderingen. De stafmaatschap had voldoende mandaat om voor de specialisten op te treden.

Formeel had de medische staf maar één gesprekspartner en dat was de ziekenhuisdirectie, maar in de praktijk waren ze beide vertegenwoordigd in externe overleggen. De directie en de medische staf stonden niet tegenover elkaar; de onderlinge verhoudingen waren goed en constructief, maar ze hadden soms wel een andere insteek.

De verpleegkundigen in het Deventer Ziekenhuis waren vertegenwoordigd in de Verpleegkundige Adviesraad. Deze raad adviseerde de directie over ontwikkelingen binnen het ziekenhuis die van invloed waren op het verpleegkundige beroep en over vakinhoudelijke onderwerpen. Daarnaast behartigde de raad de belangen van alle verpleegkundigen en verzorgenden.

De cliëntenadviesraad

Het Deventer Ziekenhuis had in samenspraak met de Provinciale Patiënten en Consumenten Federatie Stedendriehoek (PPCF) begin 2001 een cliëntenadviesraad (CAR) ingesteld. De PPCF was door allerlei omstandigheden, waaronder de wisseling van de directie van het ziekenhuis, lang bezig geweest met het oprichten van een cliëntenraad in het Deventer Ziekenhuis. De organisatieontwikkelingen hadden de totstandkoming gestimuleerd, omdat een cliëntenraad ook een legitimering vormde van de ontwikke-

ling richting een vraaggestuurd ziekenhuis. De CAR was een lichtere variant op de cliëntenraad, conform de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). De leden van de cliëntenraad waren geworven uit de achterban van de PPCF en door middel van een advertentie in de lokale bladen. In samenspraak tussen de PPCF en het ziekenhuis was een functieprofiel voor de leden van de CAR opgesteld om de juiste leden te werven. De CAR had de volgende doelstellingen:

- Een bijdrage leveren aan de bevordering van met name de kwaliteitsaspecten die een directe relevantie hebben voor het welbevinden van cliënten;
- Onderzoeken op welke wijze binnen het ziekenhuis medezeggenschap op een structurele wijze vormgegeven kan worden en op welke wijze de nu geformuleerde adviesbevoegdheden na de experimentperiode kunnen worden uitgebreid tot de bevoegdheden conform de WMCZ;
- Een effectieve en efficiënte vorm van overleg en samenwerking ontwikkelen waarbij de cliënten in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis worden betrokken.

De CAR zag voor zichzelf een rol weggelegd om het beleid van het ziekenhuis te toetsen en dan met name of de organisatie zich aan de belofte hield dat de cliënt het doel was waarop ze zich richtte. De CAR zag zichzelf daarbij niet tegenover, maar naast de directie staan.

De directie vroeg de CAR advies over bepaalde voorgenomen besluiten die in ruime zin met de patiënten te maken hadden. De CAR kon ook ongevraagd advies geven, maar dat was ten tijde van het onderzoek nog niet gebeurd.

Het was vastgelegd in het reglement dat het ziekenhuis de CAR tijdig moest informeren over relevante onderwerpen. De CAR moest op zijn beurt het ziekenhuis tijdig op de hoogte stellen van:

- Signalen ten aanzien van knelpunten in de zorg vanuit het ziekenhuis geboden;
- De wijze waarop de cliëntenadviesraad naar buiten treedt;
- De periodieke tussenevaluaties en de jaarlijkse voortgangsrapportage van de cliëntenadviesraad.

Er werd altijd naar de CAR teruggekoppeld wat er met een advies was gedaan. Wanneer het ziekenhuis een besluit nam dat afweek van het advies van de CAR moest het ziekenhuis dat ook toelichten. De CAR kreeg vooral een eindproduct te zien. In het proces van beschrijven deden ze niet mee.

De CAR werd door meerdere respondenten niet als hét (noodzakelijke) instrument gezien om als ziekenhuis vraaggericht of vraaggestuurd te werken. Zo gaf de directeur organisatieontwikkeling aan dat er ook andere methodieken waren. De kwaliteitsfunctionaris zag de CAR als aanvullend ten opzichte van de patiëntenenquête. De CAR werd binnen de organisatie meer gezien als een bron van informatie over meer algemene patiëntenzaken (onder andere serviceaspecten). Er werd verondersteld dat ze geen specifieke afwegingen konden maken, zoals over de aanschaf van een MRI-scan. De CAR gaf zelf ook aan dat ze niet altijd een goed oordeel of advies konden geven, omdat ze specifieke kennis miste. Toch had de CAR wel het idee dat de adviesraad na een jaar functioneren langzaam meer begrip in de materie kreeg. Er ontstond ook een bepaalde taakverdeling binnen de CAR (commissievorming).

De CAR had vier keer per jaar contact met de directie. Andere medewerkers werden wel eens uitgenodigd bij de overlegvergaderingen tussen de CAR en de directie. De CAR mocht niet buiten de directie om contact zoeken met andere personen in het ziekenhuis. De CAR gaf zelf aan dat ze graag meer contact wilde hebben met andere functionarissen.

Naast de opzet van de CAR en het implementatietraject van het visiedocument waren er ook andere activiteiten ondernomen om het patiëntenperspectief beter te incorporeren in de zorgverlening. Zo was er een structurele patiëntenenquête opgestart om op structurele wijze invulling te geven aan patiëntenraadpleging als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. De patiëntenenquête richtte zich met name op de serviceaspecten. Er bestonden in het ziekenhuis gemengde gevoelens over de patiëntenenquête. Aan de ene kant werd aangegeven dat het nuttige informatie kon opleveren, maar aan de andere kant waren mensen benieuwd hoeveel respons ze zouden krijgen. Daarnaast gaven mensen ook aan dat directe communicatie met de patiënt tot meer zou kunnen leiden.

Er bestonden ook ideeën om patiënten de mogelijkheid te bieden via het Internet hun mening over de dienstverlening te laten geven. De ICT-mogelijkheden om patiënten te laten participeren in hun eigen dossier werden ook verkend. Dit werd vooral voor de chronische patiënten geschikt geacht. Ten tijde van het onderzoek was het Deventer Ziekenhuis ook bezig met het opzetten van panelgroepen om op een concreet niveau een specifieke groep patiënten nadrukkelijk te betrekken bij de zorgontwikkelingen. Dit idee was opgekomen, omdat binnen de zorgvernieuwingsprocessen steeds meer de zorg voor chronische patiënten aan de orde kwam. Deze groep patiënten werd met name geschikt geacht om panelgroepen te vormen vanwege de kennis die deze patiënten hadden over hun eigen ziektebeeld en de mogelijkheden van behandeling.

Missie en visie

Missie

“Het Deventer Ziekenhuis wil een modern, aantrekkelijk en financieel gezond opleidingsziekenhuis zijn dat uitstekende medisch specialistische zorg verleent naar de wens en de behoefte van de inwoners in de regio Salland en omgeving, zodat zoveel mogelijk personen uit deze regio (blijven) kiezen voor het Deventer Ziekenhuis” (jaarverslag, 2001).

Visie

“We willen bovenstaande bereiken door medisch specialistische zorg te verlenen volgens het vierstromenmodel, door uitstekende opleidingen te bieden voor iedereen in het Deventer Ziekenhuis en door nauw samen te werken met onze collega zorgverleners in de keten. Tevens vinden we het belangrijk om te ondernemen. Onze klanten en onze medewerkers spelen hierin een cruciale rol. Daarom is een optimaal gevoel van autonomie voor beide groepen erg belangrijk” (jaarverslag, 2001).

In het strategisch beleidsplan 2000-2005 (november 2000) werden de volgende hoofdpijlers genoemd in het nastreven van de missie:

- Kwalitatief hoogstaande diagnostiek en behandeling;
- Behoud van autonomie van de cliënten/patiënten;
- Het zijn van het centrum van kennis en kunde ten dienste van de regio; informatievoorziening, coördinatie van zorg en begeleiding;
- Continuïteit van zorgverlening voor de cliënten/patiënten, door samenwerking en afstemming met de zorgverleners in de regio en met andere ziekenhuizen buiten de regio;
- Betrokkenheid en professionaliteit van de medewerkers;
- Kwalitatief hoogstaande (medische) opleidingen;
- Toegepaste innovatie en onderzoek;

- Financiële continuïteit bij optimale prestaties tegen een gunstige prijs, resulterend in het behoud dan wel vergroten van het marktaandeel.

In het medisch beleidskader (april 2000) werd de missie van de medische staf beschreven: “De medische staf zet zich optimaal in om vorm te geven aan een dynamisch regionaal opleidingsziekenhuis met een eigentijds pakket van medisch specialistische zorg, waarin de zorgbehoeften en wensen van de bevolking en omgeving richtinggevend zijn.” Daarbij werkte de medische staf volgens de visie: dat “de dienstverlening steeds slagvaardiger wordt aangepast aan en continu inspeelt op de veranderenden behoeften en wensen van de patiënten/klanten.”

7.2.3 De reorganisatie

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding

Het samenkomen van een aantal gebeurtenissen had geleid tot de initiatie van het vernieuwingstraject. In 1997 was het nieuwbouwplan van het Deventer Ziekenhuis afgewezen, omdat het niet zou voldoen aan de eisen die werden gesteld. Parallel aan het nieuwbouwplan liep een stuk organisatieontwikkeling. De organisatie zou worden gekanteld en in clusters worden onderverdeeld. Deze ontwikkeling kwam eveneens stil te staan in 1997, omdat de medische staf zich niet in de voorstellen kon vinden. Deze gebeurtenissen leidden tot een groot urgentiebesef dat er iets moest veranderen om als ziekenhuis te ‘overleven’. Andere ziekenhuizen in de regio waren namelijk ondertussen ook bezig met vergelijkbare experimenten. Het urgentiebesef had het Deventer Ziekenhuis gebruikt om een verandering in gang te zetten.

Een andere aanleiding voor het vernieuwingstraject was het feit dat het ministerie van VWS de vraag aan het veld had voorgelegd hoe het ziekenhuis van de eenentwintigste eeuw er uit zou moeten zien en hoe daar invulling aan zou moeten worden gegeven. Deze vraag had het Deventer Ziekenhuis aangegrepen om in samenwerking met externe adviseurs een discussie te starten over de toekomst van het Deventer Ziekenhuis, zowel qua organisatie, het zorgproces en de samenwerking met andere instellingen. Dit had in 1999 geleid tot het visiedocument ‘Het nieuwe Deventer Ziekenhuis vraaggestuurd in zorg, bouw en organisatie’.

Doelstelling

Het Deventer Ziekenhuis wilde een modern, aantrekkelijk en financieel gezond opleidingsziekenhuis zijn dat uitstekende medisch specialistische zorg verleent naar de wens en de behoefte van de inwoners in de regio Salland en omgeving, zodat zoveel mogelijk personen uit de regio zouden (blijven) kiezen voor het Deventer Ziekenhuis. Om deze missie te bereiken wilde het Deventer Ziekenhuis ook nauw samenwerken met collega zorgverleners in de keten. De regionale afstemming wilde het Deventer Ziekenhuis bevorderen door als expertisecentrum te fungeren voor patiënten en behandelaars buiten het ziekenhuis en door als coördinatiecentrum op te treden voor de ontwikkeling en toetsing van regionale protocollen, het ondersteunen van informatieoverdracht en door (ziekenhuis)functies buiten het ziekenhuis tot stand te laten brengen. Daarnaast wilde het ziekenhuis de collega zorgverleners in de eerste- en derdelijn zoveel mogelijk faciliteren en zich actief inzetten voor samenwerking met de zorgpartners en de zorgverzekeraars.

Het ziekenhuis was zich bewust van het feit dat vraaggestuurde zorg een kernbegrip was. Het Deventer Ziekenhuis definieerde vraaggestuurde zorg als ‘de organisatie van

zorg rondom bepaalde klachtengroepen'. Doelen van vraaggestuurde zorg waren voor het Deventer Ziekenhuis:

- Het realiseren van een korte toegangs- en doorlooptijd voor het diagnostisch traject;
- Het organiseren van een eenduidige entreepoort voor bepaalde klachtengroepen;
- Het realiseren van een hoge mate van doelmatigheid en doeltreffendheid voor de patiënten (voorkomen van onnodige diagnostiek en onnodige ziekenhuisbezoek).

Vormgeving

De nieuwe visie van het Deventer Ziekenhuis was geoperationaliseerd aan de hand van het vierstromenmodel. In dit model werd op basis van medisch-organisatorische gronden een onderscheid gemaakt tussen acute zorg, urgente zorg, electieve zorg en chronische zorg. Elke stroom verschilde in termen van de sfeer, de organisatie, de planbaarheid van de zorg, de positie van de professionals, de relatie met de verwijzers, de vervolgzorg en de bouw.

Bij acute zorg stond de snelheid van handelen centraal. Bij urgente zorg was ingrijpen binnen enkele uren vereist. Er was nog wel tijd om de voorgeschiedenis te achterhalen, om te plannen en duidelijke in- en externe afspraken te maken en om de patiënt en familie voor te lichten en te begeleiden. Electieve zorg behelsde alle zorg die binnen een redelijke termijn (dagen, weken, maanden) planbaar en eindig was. Voor de electieve zorg lagen het niveau van medische zorg, het serviceniveau en de prioriteit die aan een patiëntencategorie werd toegekend duidelijk vast. Voor chronische zorg (tot slot) was er sprake van een langdurige (langer dan zes maanden) relatie met een patiënt. Deze zorg vergde een sterke persoonlijke band in een ontspannen, 'niet-ziekenhuisachtige' omgeving. Veel aandacht ging uit naar informatievoorziening en begeleiding van de patiënt, de familie, andere betrokkenen en de verwijzer.

Het vierstromenmodel had met name te maken met kwaliteit en logistiek en moest uiteindelijk in de gehele zorgketen en zorgregio doorwerken. Hierbij gold: logistieke sturing aan de poort, tijdens het proces en bij de uitstroom. In de nieuwbouw werd het vierstromenmodel voor de patiëntenzorg onder meer vertaald in de inrichting. Zo werd er voor acute zorg een high-tech medische 'machine-achtige' sfeer gecreëerd en voor de chronisch zorg de sfeer van een warm huis. Daarnaast kwam de visie terug in de bouw door onder andere een eenduidige entreepoort en flexibele poli-units, zodat snel ingespeeld kon worden op de zorgvraag van de patiënt.

Om de zorg volgens het vierstromenmodel te organiseren was er ook een nieuwe sturingsfilosofie geïntroduceerd. De centrale gedachte hierachter was dat de bevoegdheden daar lagen waar (operationele) beslissingen nog voldoende konden worden overzien. Dit betekende dat er sprake was van een delegatie en decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden en dat verantwoording moest worden afgelegd op basis van behaalde resultaten. Hiertoe waren parameters geformuleerd op de volgende elementen: medische parameters, strategische parameters, doelmatigheidsparameters en service parameters. Andere centrale elementen waren een heldere verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en managementparticipatie van specialisten.

Het 'nieuwe' Deventer Ziekenhuis bestond uit drie lagen. In de kennislaag werd samengewerkt door professionals en werd kennis gebruikt voor het ondersteunen van en inhoud geven aan de visie 'Deventer Ziekenhuis vraaggestuurd'. De bedrijfssy-

steemlaag was ingericht op het doelmatig uitvoeren van de activiteiten. Op deze laag werden de randvoorwaarden gecreëerd waarbinnen de dienstverlening vorm kreeg. De zorgsector was opgebouwd uit doelgroepen en medisch ondersteunende behandelcentra. Daarnaast bevonden zich ook stafdiensten op deze laag die diensten leverden aan het primaire proces. De vier onderscheiden stromen liepen dwars door de doelgroepen heen. De derde laag was de netwerklaag waar professionals en medewerkers samenwerkten binnen netwerken die voor de totale organisatie van belang waren. Daarnaast bevonden zich op deze laag ook de projecten, waarbij medewerkers werden aangesproken op hun professionele kennis. Op dit niveau werd beleid geformuleerd dat vervolgens door de systeemlaag werd uitgevoerd.

Proces

Het vierstromenmodel was voortgekomen uit een brainstormsessie tussen de directeur organisatieontwikkeling en de directeur van een organisatieadviesbureau. Dit organisatieadviesbureau was al langer bij het Deventer Ziekenhuis betrokken in het kader van de opzet van een mammapoli en een flebologiepoli. Toen de nieuwbouwplannen waren stopgezet waren deze poli's als uitgangspunt genomen voor de nieuwe plannen. Het vierstromenmodel was verder ontwikkeld in een kleine stuurgroep. Het model was toen allereerst gepresenteerd aan de medische staf. Omdat er al medisch specialisten betrokken waren bij de ontwikkeling ging deze akkoord met de plannen. Het vierstromenmodel was vervolgens in allerlei werkoverleggen en bijeenkomsten besproken. Toen iedereen binnen het ziekenhuis op de hoogte was, was er een brochure geschreven door de directeur organisatieontwikkeling en de directeur van het organisatieadviesbureau. Dit visiedocument was naar de externe partijen gestuurd met de vraag om reacties. Daaropvolgend was het Deventer Ziekenhuis gaan praten met de verschillende partijen om draagvlak te creëren. De medewerkers en leden van de medische staf waren vervolgens gevraagd om, samen met de regionale zorgpartners, deze nieuwe manier van werken praktisch uit te werken.

Rondom de organisatieontwikkelingen hadden de verschillende personen binnen het ziekenhuis hun eigen rol. De directeur zag zijn rol in het begin van het proces vooral als verkoper, het verhaal communiceren binnen en buiten de organisatie. De directeur probeerde later het proces gaande te houden door te monitoren of er vastgehouden werd aan zorgprogrammering. Het zorginhoudelijke denkwerk was met name gedaan door de directeur organisatieontwikkeling. Hij deed de innovatie en de ontwikkeling en de algemeen directeur toetste vervolgens of het paste binnen het totale ziekenhuisbeleid. De medisch specialisten bepaalden de medische inhoud van de zorgprogramma's. De specialisten gaven aan hoe ze het wilden hebben bij een zorgprogramma en dan werd vervolgens samen met andere medewerkers bekeken hoe dat georganiseerd kon worden. De medische staf had in sommige processen rondom de organisatieontwikkeling een positieve rol gespeeld, maar soms was men ook kritisch. De houding tegenover de ontwikkelingen verschilde ook per specialist. Het was belangrijk dat de juiste sleutelfiguren aanwezig waren om de specialisten te motiveren mee te doen in het proces.

De twee sectorhoofden waren verantwoordelijk voor de doelgroepen. De sectorhoofden hadden als taak faciliterend op te treden richting het zorgbedrijf en duidelijk te maken welke rol elke betrokkene had bij de zorgprogrammering. De sectorhoofden bespraken eventuele besluiten met de directie. De adviezen gingen dan vervolgens naar de medische staf, de verpleegkundige staf en de OR. De cliëntenadviesraad was niet betrokken bij het hele proces, maar ze kregen vooral het eindproduct te zien. De cliëntenadviesraad was ten tijde van het onderzoek nog niet om advies gevraagd.

Tijdens het reorganisatieproces was het management van het Deventer Ziekenhuis bewust nooit intern de discussie aangegaan over de definitie van vraagsturing. Het idee hierachter was dat het proces van definiëren er voor zou zorgen dat er allerlei verschillende definities op tafel zouden komen, terwijl niemand het oneens zou zijn met de meer algemene uitspraak dat de organisatie de patiënt centraal stelt. Het centraal stellen van de patiënt kwam ook als centraal thema naar voren in de definities die de verschillende medewerkers binnen het ziekenhuis voor zichzelf hanteerden. De vraag van de cliënt moest het uitgangspunt vormen van de zorgverlening. Daarbij werd door een aantal respondenten aangegeven dat het vooral om onzekerheidsreductie ging. Op directieniveau werd meer gesproken over transparantie in de zin dat cliënten weten waar ze voor kunnen kiezen. Een aantal respondenten verdeelde de vraag van de cliënt onder in een aantal aspecten waar het ziekenhuis rekening mee moest houden, zoals serviceaspecten. Een aantal respondenten gaf ook aan dat de vraag van de cliënt wel leidend moest zijn, maar niet bepalend. Het ziekenhuis moest ook continuïteit van zorg kunnen blijven garanderen. Vraaggestuurde zorg zou daarom binnen bepaalde efficiëntiekaders geleverd moeten worden.

In de visie van het Deventer Ziekenhuis werd aangegeven dat de zorg afgestemd moest zijn op de wensen en behoeften van de zorgvrager. Deze wensen en behoeften waren in het vierstromenmodel gedifferentieerd naar verschillende groepen patiënten. Voor elke groep gold een andere prioritering van de parameters die waren geformuleerd: medische parameters, strategische parameters, doelmatigheidsparameters en service parameters. Binnen de doelgroepen werden de parameters per zorgprogramma bekeken. Veelal werd eerst gekeken hoe iets op dat moment gedaan werd en wat de ideale situatie zou zijn. Vervolgens werd gekeken hoe de ideale situatie gerealiseerd kon worden. Het beschrijven van de ideale situatie gebeurde soms aan de hand van een studie. Soms werden klachten van patiënten gebruikt als basisinformatie om de ideale situatie te beschrijven. Informatie uit de patiëntenenquête werd ten tijde van het onderzoek nog niet gebruikt bij de zorgprogrammering.

Zorg

Zoals eerder aangegeven kon het reorganisatieproces worden onderverdeeld in drie processen: zorg, organisatie en bouw. Om het zorgproces te reorganiseren werden per doelgroep zorgprogramma's ontworpen en uitgevoerd. De selectie van een doelgroep werd gebaseerd op de omvang van de groep patiënten en de aanwezigheid van een multidisciplinair afstemmingsprobleem. Voor de uitvoering van de zorgprogrammering was het volgende stappenplan opgezet:

- Stap 1: samenstellen werkgroep en kerngroep;
- Stap 2: benoemen 'algemeen kader' gehele groep;
- Stap 3: aanwijzen subdoelgroepen en uitwerken algemeen kader;
- Stap 4: vertaalslag naar concrete instrumenten en veranderingsprocessen;
- Stap 5: uitwerken samenhang, kosten en randvoorwaarden;
- Stap 6: start implementatie en toetsing.

De kerngroep bereidde de besluitvorming voor, hield overzicht en bewaakte de voortgang. De werkgroepen werkten deelaspecten uit (bijvoorbeeld een protocol of een functieprofiel). Het resultaat van de werkgroepen vormde een voorstel tot een directiebesluit. Dit voorstel werd in de kerngroep besproken en vervolgens ging het voorstel tot directiebesluit naar het managementteam en de directie. Wanneer het voorstel was aangenomen werd de werkgroep in staat gesteld om over te gaan tot implementatie.

Cardiovasculair was de eerste doelgroep waarvoor zorgprogramma's werden ontwikkeld. Er was om verschillende redenen voor deze doelgroep gekozen: de patiëntengroepen waren duidelijk herkenbaar en hadden een redelijke omvang, de vakgroep cardiologie was behoorlijk vernieuwend (en deze vakgroep zou een nadrukkelijk rol spelen in de doelgroep cardiovasculair) en de zorgontwikkeling voor deze doelgroep was al redelijk ver. Met name de laatste twee redenen zouden de effecten versterken ten opzichte van andere doelgroepen en dat was belangrijk om het stimulerende effect van deze 'pilot' te vergroten.

In een stuurgroep was de visie voor cardiovasculaire zorg besproken en waren de parameters voor sturing en beheersing vastgesteld. Dit was later in kleinere groepen voor verschillende patiëntentrajecten verder uitgewerkt, omdat dit in de grote stuurgroep tot teveel discussie leidde.

De samenstelling van de kerngroep cardiovasculair was vooral op functionele gronden gebaseerd. Het hoofd van de spoedeisende zorg was betrokken, omdat daar veel cardiovasculaire patiënten binnenkwamen. Het sectorhoofd dat verantwoordelijk was voor de implementatie van de zorgprogrammering rondom cardiovasculaire zorg was ook lid, net als de directeur organisatieontwikkeling, die trekker was van het hele traject, en een afdelingshoofd. Van de specialisten zaten twee cardiologen in de kerngroep, omdat het grootste gedeelte van de zorg cardiologie betrof. De kerngroep was klein gehouden, omdat het anders te tijdrovend zou zijn. Als er specifieke onderdelen of onderwerpen werden besproken dan werden er extra mensen uitgenodigd. Uiteindelijk waren de andere specialisten niet zo betrokken bij het proces. Ze deden wel mee, maar hadden geen binding met het project en zagen het meer als een activiteit van de cardiologen, ondanks het feit dat de cardiologen probeerden om het te verbreiden.

Behalve het voorzitterschap was er geen sprake van een rolverdeling binnen de kerngroep. In eerste instantie was het sectorhoofd projectleider, maar men kwam er al snel achter dat het niet goed liep en dat het voor de betrokkenheid van de medisch specialisten beter was om een medisch specialist tot voorzitter te benoemen en hem daarmee de verantwoordelijkheid te geven voor het procesverloop en de onderlinge afstemming. Achteraf werd gezegd dat het zelfs nog beter was geweest, vanwege de beperkte betrokkenheid van de andere specialismen, als een chirurg of een neuroloog voorzitter was geweest. Om er voor te zorgen dat de medische staf goed op de hoogte was van het gehele proces werd deze via meerdere kanalen geïnformeerd en niet alleen via de specialisten.

Vier werkgroepen (pijn op de borst, hartfalen, perifeer vaatlijden en CVA/TIA) hadden de zorg inhoudelijk uitgewerkt. De werkgroepen bestonden over het algemeen uit medisch specialisten, een huisarts en waar nodig uit verpleegkundigen en leidinggevendenden. Elk zorgprogramma had een trekker, dat was meestal een afdelingshoofd. De rol van de specialisten was het voeren van overleg met de huisartsen en het overleggen met collega's. De medische inhoud was leidend. De specialist moest aangeven wat hij wilde en hoe hij het wilde en dat moest hij vervolgens overleggen met de andere betrokken artsen. Daarbij was het belangrijk om (organisatorisch) realistische doelstellingen te formuleren.

Alle werkgroepen binnen cardiovasculair waren ongeveer gelijk van start gegaan, maar er was variatie in het verloop van de processen. De verschillen tussen de zorgprogramma's zaten in de complexiteit, bijvoorbeeld in het aantal partijen dat betrokken was. De voortgang van de verschillende werkgroepen werd steeds teruggekoppeld naar de kerngroep.

Bij de implementatieprocessen van de werkgroepen kwamen vaak dezelfde proble-

men naar voren. Het vroeg veel tijd en mensen moesten bereid zijn om extra dingen te doen naast hun dagelijkse werkzaamheden. Voor het implementatieproces van cardiovasculair lag er in eerste instantie een vrij strakke planning, maar omdat het belangrijker werd gevonden om met alle medewerkers de eindstreep te halen, kregen de medewerkers ook de ruimte om zelf dingen in te vullen.

De doelgroep oncologie liep, in tegenstelling tot de helder af te bakenen doelgroep cardiovasculair, dwars door de organisatie heen. Daarom was besloten om een oncologienetwerk in te stellen in plaats van een oncologiedoelgroep. Bij de uitwerking van de zorgprogramma's had het oncologienetwerk in eerste instantie gebruik gemaakt van dezelfde aanpak als bij cardiovasculair. Zo werd bij de uitwerking van de zorgprogramma's gebruik gemaakt van de checklist die was ontwikkeld bij cardiovasculair en ook werden, op basis van de ervaringen bij cardiovasculair, de medisch specialisten verantwoordelijk gemaakt voor het verloop van het proces.

In de loop van het proces werd echter duidelijk dat de grote aandacht voor de logistiek, zoals bij cardiovasculair, niet voldoende was voor oncologie. Binnen de werkgroep longtumoren hadden meerdere personen, waaronder ook artsen, het gevoel dat het zorgprogramma nog niet compleet was en het natraject meer aandacht moest krijgen. In een brainstormsessie was toen bekeken wat er nog meer geregeld moest worden rondom de zorgverlening. Dit moest ook uitgewerkt worden in serviceparameters.

De werkgroepen bij oncologie waren anders opgesteld dan bij cardiovasculair. Bij cardiovasculair had men gekozen voor een vaste samenstelling van de werkgroepen. Bij oncologie kozen ze er echter voor om mensen te benaderen voor informatie wanneer dat nodig was. Dit om overbelasting te voorkomen.

De processen van zorgprogrammering liepen bij oncologie, net als bij cardiovasculair, in een verschillend tempo. Dit kwam door variatie in het aantal betrokken personen en variatie in de complexiteit van de zorgprocessen, bijvoorbeeld door het aantal keuzemogelijkheden. Het feit dat de verschillende zorgprogramma's niet gelijk opgingen maakte de afstemming met onder andere ondersteunende afdelingen moeilijk. Elk oncologisch zorgprogramma stelde bijvoorbeeld bepaalde eisen aan het radiologisch onderzoek, hetgeen met de afdeling radiologie gecoördineerd moest worden. Eerst stapte alle zorgprogramma's afzonderlijk naar radiologie, maar later werd besloten om samen een programma van eisen richting radiologie te sturen.

Organisatie

Om de reorganisatie inhoud te geven op organisatorisch niveau was een stuurgroep opgericht die zich met name moest bezighouden met de vraag hoe de organisatie van het ziekenhuis zich moest gaan ontwikkelen, zodat er een logische en werkbare samenhang zou ontstaan. De stuurgroep was vooral gericht op de interne organisatie en er had geen afstemming plaatsgevonden met andere regionale zorgaanbieders. Om het personeel van het ziekenhuis te betrekken bij de organisatorische veranderingen was in het begin een brainstormdag georganiseerd. Om de medewerkers voor te bereiden op hun nieuwe rol binnen het sturingsmodel was tevens een managementdevelopmenttraject opgezet. Op het moment van het onderzoek was een discussie gaande over de wijze waarop de organisatie definitief ingericht moest gaan worden. Het idee van de doelgroepen was met name vanuit het management gekomen. De medische staf vond de zorgprogrammering wel een goed idee, maar was niet overtuigd van de doelgroepenstructuur. Dit riep bij verschillende vakgroepen angst op over hun autonomie, aldus een specialist. De medische staf was ten tijde van het onderzoek een voorstel aan het voorbereiden waarin ze aangaven wat hun knelpunten waren met betrekking

tot de organisatieontwikkelingen. De specialisten vonden het belangrijk om vast te houden aan hun eigen vakgroep. Zorgprogrammering vonden ze een goede ontwikkeling, maar de specialisten wilden vasthouden aan hun vakgroepen, ook in verband met de opleidingsfunctie van het ziekenhuis. Vanuit de organisatie werd ook wel gezegd dat medisch specialisten met name redeneerden vanuit hun vakgroep en niet zozeer vanuit bijvoorbeeld cardiovasculaire zorg. Ze moesten leren om samen te werken met andere specialismen binnen een doelgroep.

Er moest ook voor gewaakt worden dat de directie en het managementteam niet te snel vooruitliepen en dat de organisatie achter zou blijven. Veelal kwamen de discussies pas op gang wanneer de maatregelen daadwerkelijk werden doorgevoerd. Mensen overzagen vaak de consequenties van beslissingen niet goed.

Bouw

In het bouwtraject waren drie fasen onderscheiden:

- Het programma van eisen;
- Schetsontwerp;
- Bestedingsgerede stukken.

In elk van de drie fasen was gebruik gemaakt van gebruikersgroepen die uitgangspunten moesten formuleren voor de organisatie en werkwijze in het nieuwe gebouw. Per gebruikersoverleg waren de volgende personen betrokken: de trekker en inhoudelijke ondersteuner van de gebruikersgroep, de vertegenwoordigers van de gebruikers, een vertegenwoordiger van het ziekenhuis (projectgroep nieuwbouw), en een vertegenwoordiger van Twijnstra en Gudde die het project ondersteunden. De volgende gebruikers waren hiervoor gedefinieerd:

- Patiënten/toekomstige cliënten;
- Huisartsen;
- Thuiszorgorganisaties;
- Verpleeg- en verzorgingshuizen;
- De medewerkers van het Deventer Ziekenhuis (in loondienst en vrijgevestigd).

In drie plenaire overleggen was per gebruikersgroep de nieuwe organisatorische werkwijze vertaald in een inrichting voor het nieuwe ziekenhuis. De resultaten van de gebruikersgroepen werden besproken in een projectgroep en die adviseerde vervolgens een stuurgroep die de besluiten nam. Deze besluiten werden dan weer teruggekoppeld naar de gebruikersgroepen. Naast de drie plenaire overleggen hadden er ook heel veel bilaterale overleggen plaatsgevonden om er voor te zorgen dat iedereen betrokken bleef.

Na het opstellen van het programma van eisen was de stuurgroep uitgedund. De mensen vanuit de zorg waren uit de stuurgroep gestapt en er was een projectgroep over die fungeerde als een soort klankbordgroep omtrent de nieuwbouw.

7.2.4 Externe betrokkenheid

Zorgaanbieders

Het verzorgingsgebied van het Deventer Ziekenhuis kwam vrijwel overeen met dat van de andere zorgpartners. De partners in de regio waren gelijkwaardig en daarom konden ze ook goed met elkaar samenwerken. De visies en de belangen van de organisaties kwamen overeen. De zorgpartners waren elkaars concurrenten, maar omdat ze allemaal sterk in de regio wilden staan hadden ze ook een sterk gezamenlijk belang.

De partijen waren bereid om met elkaar samen te werken, omdat ze er ook allemaal voordeel bij hadden. Het ziekenhuis had de regionale partners nodig om het zorgvernieuwingstraject te realiseren en de andere partijen hadden het ziekenhuis ook nodig. De regionale zorgpartners waren regelmatig uitgenodigd voor een informatiebijeenkomst en ontvingen ook regelmatig schriftelijke informatie. Daarnaast zocht het ziekenhuis aansluiting bij regionale zorgaanbieders via netwerken en via financiële en functionele ondersteuning (bijvoorbeeld de huisartsen). De regionale zorgaanbieders stonden dubbel tegenover deze rol van het ziekenhuis. Enerzijds maakten ze gebruik van de middelen die het ziekenhuis aanbood, maar anderzijds waren ze ook kritisch over het ziekenhuis.

Binnen de regio Salland opereerden de actoren in een aantal (formele) netwerken. De belangrijkste daarvan was Stichting Zorgnetwerk Salland (SZS). SZS was in 2000 opgericht en was voortgekomen uit een overleg tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. Dit overleg bestond uit veel partijen. Het ziekenhuis konden ze daar echter in eerste instantie niet bij betrekken, totdat er nieuwe personen in het bestuur kwamen van het ziekenhuis en het ziekenhuis zich meer extern ging oriënteren. Een extra stimulans om het overleg te intensiveren was het extra geld dat de regio kreeg om de wachtlijsten weg te werken. In juli 2002 waren de medisch specialisten, de huisartsen en Salland zorgverzekeringen toegetreden tot het netwerk. De partners in de SZS waren de verpleeg- en verzorgingshuizen, de regionale thuiszorgorganisatie, de regionale huisartsen vereniging, het Deventer Ziekenhuis, de medische staf van het Deventer Ziekenhuis en de regionale zorgverzekeraar.

SZS bestond uit verschillende lagen. Het bestuur zorgde voor menskracht, middelen enzovoorts. Daaronder hing een netwerk wat zorgde voor zorgontwikkeling, transmurale communicatie, transmurale ICT en transmurale personeel- en opleidingsbeleid. Het bestuur kwam één keer per maand bij elkaar. Verder had elke betrokken partner een aanspreekpunt. De coördinator van het netwerk kon deze contactpersonen raadplegen voor informatie of standpunten.

De missie van SZS luidde als volgt: “De samenwerkende partners bevorderen en ontwikkelen transmurale zorg op het gebied van diagnostiek, behandeling, verzorging, wonen en welzijn alsmede dienstverlening aan elkaar in de brede zin des woord en van hoogstaande kwaliteit. Wij verlenen deze diensten en zorg op professionele wijze en uitgaande van de vraag van de cliënt.” De visie van SZS luidde als volgt: “De SZS is koepel en motor van transmurale zorg en samenwerking. Zij maakt gebruik van menskracht en middelen uit de staande organisaties om haar doelen te bereiken en wil geen nieuwe zorginstelling zijn in het geheel van voorzieningen. Zij is de schakel en bevordert niet vrijblijvende samenwerking tussen organisaties en beroepsbeoefenaars” (Startnotitie SZS, 2002).

SZS was een stichting waarbij verplichtingen in statuten waren vastgelegd en de deelnemende organisaties verplichtten zich tot participatie in projecten. Binnen het netwerk hield iedereen zijn eigen zelfstandigheid en zijn eigen beleid, maar er werd steeds meer onderzocht waar de meerwaarde lag om zaken gezamenlijk op te pakken.

De partijen die niet in het netwerk zaten, waren over het algemeen wel altijd bereid om mee te werken aan een project. Ze werden één of twee keer per jaar uitgenodigd voor een bijeenkomst waarin ze werden geïnformeerd over de activiteiten en ontwikkelingen rondom het netwerk. Daarnaast was het netwerk bezig met het ontwikkelen van een informatiebulletin voor de hele eerste lijn.

Naast de Stichting Zorgnetwerk Salland waren er een aantal kleinere samenwerkingsinitiatieven ontplooid. In 2001 was Stichting ELS opgericht door Salland verzekerin-

gen, Thuiszorg Zuidwest Overijssel, de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) en het Deventer Ziekenhuis voor de ondersteuning van de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg op het gebied van personeel, gebouwenbeheer, beheer van de infrastructuur en automatisering, zodat deze zich konden richten op hun primaire taak.

Na overleg met de RHV en Salland verzekeringen was ook het 'jonge-klerenproject' van start gegaan waarbij het Deventer Ziekenhuis huisartsen in dienst nam. Recent afgestudeerde huisartsen konden op die manier het werk combineren met bijvoorbeeld een studie. Tot slot waren er een aantal samenwerkingsinitiatieven rondom ICT. Stichting 'Zorg door één lijn' had als doelstelling ICT-samenwerking. In de stichting zaten de huisartsen, het ziekenhuis, de apothekers en de zorgverzekeraar. De ICT-afdeling van het ziekenhuis onderhield het systeem. De startkosten werden gedragen door het ziekenhuis en de zorgverzekeraar en de operationele kosten door de gebruikers, ofwel de huisartsen en de apothekers.

Binnen de provincie West-Overijssel was men ook bezig met het opzetten van een integrale regiovisie, maar het ziekenhuis had aangegeven dat ze slechts op afstand betrokken wilden worden bij de regiovisie. Ze hadden het gevoel dat de samenwerking die de provincie tot stand wilden brengen, al in de regio aanwezig was, namelijk het zorgnetwerk. Ook een verpleeghuisdirecteur en de regionale zorgverzekeraar gaven aan de regiovisie niet als een erg belangrijk document te beschouwen.

Tussen de huisartsen en het Deventer Ziekenhuis vond op allerlei momenten overleg plaats: dagelijkse samenwerking in de patiëntenzorg, regulier bilateraal overleg (twee tot drie keer per jaar), ad hoc overleg en gemeenschappelijke activiteiten met specialisten (verwijzingsrelatie, deskundigheidsbevordering, transmurale afspraken).

Door recente gebeurtenissen, zoals de zorgprogrammering en de crisis in de huisartsenzorg, was er veel meer om over te praten en daardoor waren de contacten intensiever geworden, ook de contacten tussen het stafbestuur van de medische staf en het bestuur van de RHV. De huisartsen vormden een belangrijke partij in de ontwikkelingen, maar het ziekenhuis vond het moeilijk om contact met ze te onderhouden omdat het een diverse groep was. De huisartsen vonden het zelf moeilijk om te participeren in projecten, omdat ze slecht voorzien waren van menskracht. De werkgroepen moesten zelf de relevante partijen benaderen en wanneer dit de huisartsen waren dan gebeurde dat meestal via de RHV die daar een speciale werkgroep voor had. Er waren wel regelmatig zaken teruggekoppeld naar de RHV, maar de huisartsen hadden uiteindelijk bijna niet geparticipeerd in stuur- of werkgroepen. Rondom de nieuwbouw hadden de huisartsen in het begin wel geparticipeerd in een aantal gebruikersgroepen en de huisartsen waren in eerste instantie ook betrokken bij de kerngroep cardiovasculair, maar dit was op een gegeven moment in overleg met de directie stopgezet vanwege de tijdsinvestering. De input van de huisartsen rondom de nieuwbouw was toen gekoppeld aan de reguliere contacten die er reeds waren tussen de directie, de staf van het ziekenhuis en de huisartsen. Het proces rondom cardiovasculair was op dat moment ook nog erg op het ziekenhuis gericht. De huisartsen werden sindsdien bij het proces betrokken op het moment dat ze duidelijk in beeld kwamen bij de zorgprogrammering. Bij oncologie waren geen huisartsen betrokken in het proces van zorgprogrammering. Er was wel een symposium gehouden over oncologie waarvoor een afvaardiging van de RHV was uitgenodigd. Uiteindelijk had de RHV aangegeven dat het ziekenhuis gewoon van start moest gaan en dat de huisartsen door middel van symposia op de hoogte gebracht konden worden van de veranderingen en hetgeen het ziekenhuis van de huisartsen verwachtte.

Zorgvragers

In de curatieve sector bestaan veel minder overlegvormen dan in de AWBZ-sector waarin de PPCF kan participeren. De PPCF had directe contacten met de ziekenhuizen, waarbij de frequentie afhing van de ontwikkelingen rondom de ziekenhuizen en de bijdrage die de PPCF daarbij kon leveren. Daarnaast probeerden ze het zorgaanbod te beïnvloeden door samenwerkingsverbanden aan te gaan met de verzekeraars. De PPCF achtte structurele kwaliteitstoetsingen vanuit cliëntenperspectief binnen de ziekenhuizen en bij huisartsen niet haalbaar. Daarom koos de PPCF in de curatieve zorg voor beïnvloeding op de andere wijzen:

- Inspelen op de actualiteiten met een duidelijke stellingname (bijvoorbeeld wachtlijsten, stakingen van zorgverleners, sluiting van afdelingen);
- Projecten uitvoeren met als speerpunten: kwaliteit thuiszorg, huisartsen, ziekenhuizen. Het gaat hierbij om visieontwikkeling, toetsing van kwaliteitsjaarverslagen, ondersteuning van cliëntenraden, stimuleren van patiëntenparticipatie bij kwaliteitstrajecten, innovatie en veranderende organisaties zoals huisartsenposten en ketenzorg;
- Adviseren aan zorginstellingen, beroepsgroepen en financiers (bevordering vraaggerichte zorg en cliëntenparticipatie, zorginkoop).

De PPCF had twee keer per jaar contact met de directie van het Deventer Ziekenhuis, maar de directeur van het ziekenhuis vond dat geen intensief dialoog. Hij wilde graag dat de PPCF wat meer stimulerend zou zijn. Er was ook één keer per jaar overleg tussen de PPCF, de directie van het ziekenhuis en de kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis om het jaarverslag van het ziekenhuis door te nemen. Dat overleg werd gebruikt om elkaar te informeren over activiteiten. Daarnaast had de PPCF contact met de cliëntenadviesraad en de klachtencommissie van het ziekenhuis. De PPCF had een project waarbij de cliëntenraden in de regio één of twee keer per jaar bij elkaar kwamen. Daarnaast kon de cliëntenadviesraad bij de PPCF terecht voor achtergrondinformatie over onderwerpen waarover ze moesten adviseren.

De medische staf had geen contacten met de PPCF. De voorzitter van de medische staf zag veel meerwaarde in het contact met de patiënten, maar de rol van de algemene patiëntenorganisaties daarin was hem niet geheel duidelijk. Dat kwam ook, omdat hij die organisaties niet zo goed kende. De medisch specialisten hadden wel contacten met categorale patiëntenorganisaties. De contacten bestonden uit het bieden van ondersteuning aan de categorale patiëntenorganisaties of het houden van een praatje. Het waren geen structurele contacten.

De RHV had ongeveer één á twee keer per jaar contact met de PPCF. Het reguliere contact met de PPCF was om elkaar te informeren over wat er bij beide partijen speelde. In het overleg tussen de huisartsen en de PPCF lag het initiatief met name bij de huisartsen en niet of nauwelijks bij de patiënten. De patiëntenorganisaties reageerden wel op ontwikkelingen die zich voordeden in de huisartsenzorg. Een huisarts gaf aan dat hij het overleg inhoudelijk zwak en niet bevredigend vond, maar het was niet zo dat de huisartsen geen belang hechtten aan het contact met de patiënten. De huisartsen hadden op verenigingsniveau ook contacten met categorale patiëntenorganisaties. Dit contact kwam ad hoc tot stand op initiatief van de huisartsen. Er waren ook wat contacten rondom projecten geweest, omdat de PPCF geld had gekregen van het ministerie van VWS om wat projecten uit te voeren. Een huisarts vroeg zich af of de mensen die bij de PPCF zaten (of in het bestuur van de categorale patiëntenorganisaties) de daadwerkelijke vertegenwoordigers waren van de patiënten in de praktijk, of dat het beter was om direct met de eigen patiëntenpopulatie te communiceren.

De contacten tussen de patiëntenorganisaties en Salland verzekeringen moest zich nog ontwikkelen. Daarbij was het de vraag of het een structureel of een ad hoc overleg moest worden. Rondom de AWBZ-zorg had Salland verzekeringen wel regelmatig contact met de PPCF, maar niet op het gebied van de curatieve zorg. De contacten met de categorale patiëntenorganisaties waren ook ad hoc, met name rondom bepaalde specifieke vragen.

Er waren geen patiëntenorganisaties lid van de SZS, maar ze werden wel betrokken bij en geïnformeerd over projecten. De patiëntenorganisaties werden meestal in de fase van de probleemanalyse betrokken bij een project. Er werd dan aan de patiëntenorganisaties gevraagd of een bepaald verondersteld probleem ook daadwerkelijk leefde onder de patiënten. Er was dan met name contact met de PPCF, omdat daar alle patiëntengroeperingen lid van waren. De patiëntenorganisaties werden ook betrokken bij de afronding van het project. Als een projectplan klaar was dan werd het voorgesteld aan de patiëntenorganisaties. Om de vraaggestuurdheid van een project te garanderen werd het niet noodzakelijk geacht dat de patiëntenorganisaties meepraatten over de aanpak van een probleem. Het werd wel belangrijk gevonden dat een project draagvlak kreeg. De patiëntenvereniging was daarom ook betrokken bij het communicatieplan.

Bij het reorganisatieproces van het Deventer Ziekenhuis waren de patiëntenorganisaties vertegenwoordigd bij de gebruikersgroepen rondom de nieuwbouw. In de gebruikersgroepen 'acute/urgente zorg', 'electie/chronische zorg snijvend', 'electieve/chronische zorg beschouwend' en 'ouderenzorg/geriatrie' zat iemand van de PPCF. In de gebruikersgroep dialyse zat een afgevaardigde vanuit de dialyse patiëntengroep. Daarnaast was een enquête rondgestuurd om zoveel mogelijk meningen te peilen van dialysepatiënten. In de gebruikersgroep 'oncologie' zat een afgevaardigde van de categorale patiëntenbelangenvereniging en in de gebruikersgroep 'Moeder en Kind' zat een afgevaardigde van de vereniging 'Kind en Ziekenhuis'.

Een medewerker van de PPCF gaf aan dat de participatie van de PPCF moeilijk was, omdat het over hele specifieke ziekenhuiszorg voor bepaalde patiëntengroepen ging en de PPCF vooral de algemene belangen van de patiënten vertegenwoordigde. Daarbij werd aangegeven dat de aanwezigheid van een patiëntenvertegenwoordiger onvoldoende was om de plannen van het ziekenhuis vanuit een patiëntenperspectief te legitimeren. Daarvoor zou veel meer achterbanraadpleging noodzakelijk zijn. De PPCF vond de patiëntenvertegenwoordiging in de gebruikersgroepen summier, omdat er maar één vertegenwoordiger van de PPCF was, naast een aantal vertegenwoordigers van specifieke patiëntenverenigingen. Door het ziekenhuis werd wel een verschil ervaren tussen het functioneren van een beleidsmedewerker van de PP/CF, die meer de taal van de organisatie sprak, en een daadwerkelijke patiënt.

Bij de *zorgprogrammering* rondom cardiovasculair waren geen patiëntenorganisaties betrokken. De deelnemers in de werkgroepen ervoeren ook geen noodzaak om patiëntenorganisaties te betrekken. Ze hadden niet het idee dat ze meerwaarde konden bieden. Bij de zorgprogrammering rondom oncologie waren op het moment van het onderzoek ook geen patiëntenorganisaties betrokken. Dat was een bewuste keuze geweest. Er werd aangegeven dat het heel lastig was om te bepalen welke patiëntenorganisaties er voor oncologie waren. Daarnaast wilde het ziekenhuis de patiënten niet vermoeien door ze te vragen om naar een zorgprogramma te kijken. Het werd wel belangrijk gevonden om het zorgprogramma, als het eenmaal liep, regelmatig te evalueren. Op het gebied van oncologie waren er wel contacten met patiëntenorganisaties, maar dat was met name op inhoudelijk niveau. In het verleden waren er wel

vertegenwoordigers van platforms bij projecten betrokken geweest, maar dan werden eigen, individuele wensen op tafel gelegd die moeilijk te vertalen waren naar de algemene belangen van een patiëntengroep.

Het feit dat de patiëntenorganisaties niet bij de zorgprogrammering betrokken waren had vooral te maken met het feit dat mensen daar niet aan dachten. Het management wilde echter ook de discussie over de betrokkenheid van patiëntenorganisaties niet al te hoog op laten lopen, omdat ze ook nog andere activiteiten met de specialisten aan moesten gaan. Een overleg met de patiëntenorganisaties werd daarom niet geforceerd.

Een contactpersoon van de PPCF gaf aan dat ze ook niet betrokken zou willen zijn bij bijvoorbeeld de zorgprogrammering rondom cardiovasculair, omdat ze daar te weinig over wist. Ze gaf aan dat de gebruikers van die specifieke zorg daar bij betrokken zouden moeten worden en dat het een taak van het ziekenhuis was om die zorggebruikers te benaderen. Er waren in de regio Deventer en omstreken overigens geen patiëntenverenigingen omtrent cardiovasculaire of oncologische zorg.

De betrokkenheid van de PPCF bij het vernieuwingstraject werd als moeizaam ervaren. Het ziekenhuis wilde graag met de PPCF discussiëren over de opzet van klantenforums en klantenpanels, om de serviceparameters in te vullen, maar dat was nog niet van de grond gekomen door gebrek aan menskracht aan de kant van de PPCF. Op het moment van het onderzoek werden de servicedoelstellingen ingevuld door het ziekenhuis zelf.

Zorgverzekeraars

Salland verzekeringen was de marktleider in de regio Salland. De zorgverzekeraar was van mening dat ze sturing moesten geven aan het proces van afstemming van zorgvraag en zorgaanbod in de regio. De visie van Salland verzekeringen was dat zij door hun verzekerden worden ingehuurd om hun zorg te regisseren c.q. te sturen. Salland verzekeringen zag zichzelf als regisseur en/of partner in de regio. Sinds 1 januari 2002 had Salland verzekeringen ook de zorgkantoorfunctie. Hierdoor beheerde Salland de hele gezondheidszorg in de regio. Dit maakte het mogelijk de regisseursrol beter uit te voeren.

De directeur van Salland verzekeringen gaf aan dat de ontwikkeling van de regisseursrol c.q. de partnerrol ten opzichte van het zorgaanbod een leerproces was. De verzekeraar zat in een zorgnetwerk van zorgaanbieders, maar ze hadden wel een andere rol dan de zorgaanbieders, een controlerende rol. Het was belangrijk dat de toezichthoudende functie niet werd ondergesneeuwd door de andere belangen.

Uit de mening van de andere actoren bleek dat ze de zorgverzekeraar zeker zagen als een stimulerende factor in de regio. Ook het feit dat ze samenwerking zochten met de zorgaanbieders werd erkend. Vanuit die gezamenlijke verantwoordelijkheid was er voor gekozen om de zorgverzekeraar te laten toetreden tot het netwerk SZS. Salland verzekeringen werd door een aantal actoren ook gezien als de vertegenwoordiger van de consument. De PPCF vroeg zich echter af of de verzekeraars echt wisten wat hun klanten wilden, omdat de PPCF vond dat in het contracteerbeleid nog onvoldoende aandacht werd besteed aan kwaliteit van zorg.

Meerdere respondenten gaven aan dat ze minder vertrouwen hadden in grotere verzekeraars. Ze zagen de unieke situatie met Salland verzekeringen als een grote meerwaarde, omdat Salland verzekeringen gericht was op de regio.

Salland verzekeringen had intensief contact met de zorgaanbieders, omdat het een kleine regionale zorgverzekeraar was. De huisartsen hadden twee á drie keer per jaar overleg met de zorgverzekeraar. Afgevaardigden van de RHV en Salland verzekering-

gen vergaderden eenmaal per twee maanden in een Commissie van Overleg (CVO). In dit overleg vond de voorbereiding van de ondertekening van de Collectieve Zorg Overeenkomst plaats.

De regionale zorgverzekeraar had veel contacten met het ziekenhuis. De medische staf en de stafmaatschap waren ook betrokken bij het overleg dat wettelijk gezien alleen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis plaatsvond. De medische staf zat daar bij, omdat het niet alleen het honorarium betrof, maar ook kwalitatieve aspecten. Daarnaast vond een tripartiet overleg plaats tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis en vrij gevestigde medisch specialisten. Het stafbestuur maakte dan deel uit van de delegatie van het ziekenhuis. Er werden ook beleidsconferenties georganiseerd waarbij de verzekeraars werd gevraagd naar hun toekomstvisie en wat zij verwachtten van het ziekenhuis en de medisch specialisten. De beleidsconferenties werden georganiseerd omdat in het verleden was gebleken dat de verwachtingen naar elkaar toe niet altijd helder waren en dit leidde tot irritaties. Tot slot werden er ook technische overleggen gevoerd tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis.

De regionale zorgverzekeraar was bij de ontwikkelingen rondom het Deventer Ziekenhuis betrokken in het kader van de budgetafspraken die de verzekeraar maakte met het ziekenhuis. Daarnaast financierden ze verschillende projecten, waaronder de hartfalenpoli en een bekkenbodemcentrum. De zorgverzekeraar bemoeide zich niet met het interne beleid van het ziekenhuis. De regionale zorgverzekeraar kon wel faciliterend naar het ziekenhuis optreden. Wanneer bijvoorbeeld financiering niet tegemoet zou komen aan of toegespitst was op de activiteiten die het ziekenhuis zou willen ondernemen dan zouden de zorgverzekeraar en het Deventer Ziekenhuis gezamenlijk optreden richting het College Tarieven Gezondheidszorg of het ministerie van VWS.

Door de verandering van financiering ontstond er langzaam een leverancier-inkoop relatie tussen de zorgverzekeraar en de aanbieders in plaats van de huidige wederzijdse afhankelijkheidsrelatie. De regiovertegenwoordiger was als eerste in staat om afstand te nemen van de regio en kon daardoor een impuls geven aan deze veranderende relatie. De regiovertegenwoordiging wilde daarom een countervailing power zijn ten opzichte van de zorgaanbieder, temeer ook omdat de risico's aan de zijde van de verzekeraar nog verder toenamen. De rol van de regiovertegenwoordiger was uiterst beperkt, hoogstens een inventariserende. Dit had te maken met het mandaat van de regiovertegenwoordiging.

Naar de mening van andere actoren had de regiovertegenwoordiger een andere rol c.q. insteek dan de regionale zorgverzekeraar. Dat botste af en toe. De regionale verzekeraar gaf aan dat de insteek van de regiovertegenwoordiger met name het financiële kader was. Dat kwam volgens de regionale zorgverzekeraar niet alleen voort uit het feit dat ze alleen gericht waren op het tweede compartiment, maar ook omdat ze weinig inzicht hadden in de regionale situatie. Er werd door meerdere respondenten aangegeven dat de regiovertegenwoordiging geen visie had en niet inhoudelijk meepraatte over zaken. De regiovertegenwoordiger gaf echter aan breder te kijken dan alleen de regio Salland en daardoor kritischer zijn ten opzichte van het regionale zorgaanbod.

De frequentie van het contact tussen Salland verzekeringen en de regiovertegenwoordiging was afhankelijk van de onderwerpen die besproken moesten worden. De wijze van afstemming kon ook verschillen. De contacten concentreerden zich met name rondom de technische overleggen met het ziekenhuis.

Terwijl de relatie tussen Salland verzekeringen en het ziekenhuis vrij hecht was, was de relatie tussen de regiovertegenwoordiging en het ziekenhuis afstandelijker. Het gebeurde wel eens dat de regiovertegenwoordiging niet overal even goed van op de

hoogte was. Dit was overigens wel een aandachtspunt voor beide partijen. Met de regiovertegenwoordiging had het Deventer Ziekenhuis geen aparte overleggen in het kader van de zorgontwikkelingen. Het was een agendapunt van het bestuurlijk overleg. Voor de organisatieontwikkeling kon het Deventer Ziekenhuis aanspraak maken op zorgvernieuwingsgelden. Daarover moest gezamenlijk worden besloten door Salland verzekeringen, de regiovertegenwoordiging en het Deventer Ziekenhuis. Er werd dan door het ziekenhuis een voorstel ingediend en dat werd vervolgens beoordeeld door de zorgverzekeraars.

7.3 Het sportmedisch centrum

7.3.1 Introductie

De casus het sportmedisch centrum (SMC) betrof het initiatief van een gespecialiseerde kliniek om een nieuwe weg in te slaan door zich sterker te profileren op sportgerelateerde aandoeningen en sport als onderdeel van de behandeling verder te ontwikkelen. Dit initiatief kwam enerzijds voort uit strategische overwegingen om de regionale positie te versterken en de te bedienen markt uit te breiden. Anderzijds kwam het initiatief voort uit een streven om de zorg te verbeteren en sport meer te integreren in de behandeling.

7.3.2 Initiatiefnemer

De organisatie

De Sint Maartenskliniek (SMK) was een gespecialiseerd ziekenhuis voor patiënten die problemen of beperkingen hebben met hun houding of met bewegen. Patiënten konden bij de SMK terecht voor de behandeling van allerlei aandoeningen op het gebied van orthopedie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Daarnaast had de SMK een polikliniek voor pijnbestrijding. De zorg binnen elk aandachtsgebied was geclusterd binnen drie organisatorische eenheden, de zogenaamde zorgcentra: het orthopediecentrum, het revalidatiecentrum en het reumatologiecentrum. De centra opereerden redelijk onafhankelijk van elkaar.

De kliniek had ook een eigen afdeling voor wetenschappelijk onderzoek. De onderzoeksresultaten werden gebruikt voor de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden. Op haar werkgebied behoorde de SMK tot de toonaangevende instituten van Nederland en Europa. Per jaar werden er 25.000 mensen bij de SMK behandeld. Patiënten waren zowel uit de regio als uit de rest van Nederland afkomstig. Vanwege de aanwezige expertise vervulde het ziekenhuis ook de rol van opleidingscentrum. De kliniek bestond sinds 1936. Er waren ruim 300 bedden, 400 plaatsen voor dagbehandeling en een uitgebreide polikliniek. Er werkten circa 1500 mensen, waaronder 75 specialisten en assistent-geneeskundigen in opleiding. De SMK was een klein en dynamisch bedrijf. De communicatielijnen werden als kort ervaren, ook naar de directie. De afdelingshoofden stemden op operationeel niveau zaken af binnen de centra. Zaken op strategisch niveau werden besproken in een overleg over de centra heen. De medisch specialisten waren allemaal in dienst bij de SMK. Dat vergemakkelijkte ook de afstemming. Doordat er sprake was van een kleine medisch staf werd er veel overleg gepleegd tijdens de lunch of op de werkvloer. Daarnaast was er een stafvergadering. Er waren wel centrumoverstijgende activiteiten, maar het meeste gebeurde op het niveau van de centra.

De cliëntenraad

De SMK was in 1992 begonnen met een experimentele patiëntenadviesraad onder begeleiding van het toenmalige NZI (Nederlands Ziekenhuis instituut). In 2002 bestond de Patiënten Advies Raad (PAR) tien jaar en sinds vier jaar had de raad een eigen onafhankelijke voorzitter. Daarvoor werd het overleg geleid door de Raad van Bestuur, toen nog de directie. Op een gegeven moment was de PAR er echter aan toe om een eigen voorzitter te hebben en daardoor onafhankelijker van de kliniek te zijn. De PAR en de Raad van Bestuur hadden ervoor gekozen bij de werkwijze en het reglement van de adviesraad wel rekening te houden met de voorwaarden van de WMCZ, maar nog meer aansluiting te zoeken bij de mogelijkheden en wensen van de PAR en de organisatie zelf. Zowel de PAR als de Raad van Bestuur gaf de voorkeur aan een praktisch goed werkbaar vorm en om de PAR daarbij de gelegenheid te geven om zich geleidelijk aan verder te ontwikkelen.

De doelstelling van de PAR luidde als volgt: “De SMK en de PAR geven richting en invulling aan een beleid gericht op het realiseren van de hoogst haalbare kwaliteit van de patiëntenzorg en –service.” In een artikel uit 2003 over de PAR werden drie rollen onderscheiden: patiënt, partij en partner. In de patiëntrol krijgt de PAR informatie, mag ze suggesties uiten en met aanbevelingen komen. In de partijrol stelt de PAR zich volstrekt onafhankelijk op. De raad accepteert geen machtsverschil en wil overal invloed op hebben. Een tussenvorm is de partnerrol. De gemeenschappelijke belangen zijn voor ziekenhuis en raad de basis voor het contact. In het zoeken naar die gemeenschappelijkheid wordt informatie uitgewisseld, wordt men wederzijds beïnvloed en komt er samenwerking tot stand.

Over de PAR werd gezegd dat men tien jaar geleden was begonnen met een mengvorm van patiëntrol en partnerrol, maar geleidelijk de partnerrol verder had ontwikkeld.

Bij de samenstelling van de PAR was uitgegaan van een driedeling: vertegenwoordigers van categorale patiëntenorganisaties (Bechterewvereniging en de regionale reumapatiëntenvereniging), het Regionale Patiënten en Consumenten Platform (RPCP) en een aantal ‘ongebonden’ patiënten. Voor het RPCP was één zetel beschikbaar.

De ongebonden personen werden voorgedragen door artsen, hoofden of managers uit het reuma-, revalidatie- en orthopediecentrum. Het kwam ook voor dat patiënten rechtstreeks hun interesse toonden voor deelname aan de PAR. De kliniek had nog nooit hoeven adverteren. Het vinden van leden voor de PAR ging bij het ene specialisme makkelijker dan bij het andere. Reuma was altijd het makkelijkst in te vullen, omdat die mensen lang in de kliniek verbleven en daardoor een band met de SMK hadden. Mensen van het revalidatiecentrum waren ook voor langere tijd in de kliniek, maar die hadden vaak zoveel andere dingen aan hun hoofd, waardoor het moeizaam ging om nieuwe leden vanuit dat centrum te krijgen. Orthopedie was ook moeizaam, omdat deze groep patiënten veelal maar een paar dagen naar de SMK komen. De band met de kliniek was dan veel minder sterk. Zowel voor de leden als voor de voorzitter van de PAR was een profiel opgesteld.

De PAR had ter ondersteuning een coördinator. De coördinator signaleerde welke gebeurtenissen en ontwikkelingen in de organisatie van belang waren voor de patiëntenadviesraad. Volgens de WMCZ zouden veel zaken moeten worden voorgelegd aan de PAR, maar de PAR gaf zelf aan dat ze niet alles hoefden te zien of dat bepaalde zaken alleen met de voorzitter besproken konden worden. Zo werden jaarrekeningen en begrotingen alleen naar de voorzitter gestuurd. De leden van de PAR gaven aan

dat ze niet overal verstand van hadden. Ze praatten het liefst mee over hele praktische zaken. Niet alles werd dus aan de PAR voorgelegd.

De PAR kwam elke zes weken bij elkaar. Meestal zat er om de twee vergaderingen iemand van de Raad van Bestuur bij. Veelal degene met als aandachtsgebied patiëntenzorg. Voor het overleg met de Raad van Bestuur had de PAR drie kwartier overleg zonder dat er iemand van de organisatie bij zat. Het was niet de bedoeling dat de PAR steeds en in alle gevallen overlegde met de Raad van Bestuur. In principe overlegde de PAR met de verantwoordelijke voor het betreffende onderwerp. Dat kon een van de managers zijn, de coördinator patiëntveiligheid, de patiëntencontactpersoon, de kwaliteitsfunctionaris, etc. De correspondentie van de PAR met personen uit de kliniek verliep wel altijd via de Raad van Bestuur. Met het facilitair bedrijf was echter wel afgesproken dat de PAR-leden zelf zaken met hen konden bespreken.

Sinds een jaar of drie á vier had elk PAR-lid ook een portefeuille met een aantal specifieke aandachtsvelden. Als er op dat gebied wat gebeurde binnen de organisatie dan werd het betreffende PAR-lid erbij betrokken. De portefeuillehouder koppelde dat vervolgens terug naar de algemene vergadering van de PAR. Die betrokkenheid richtte zich op aspecten in het proces die duidelijk betrekking hadden op patiënten. De portefeuillehouder zat zonder last of ruggespraak vanuit de PAR in het overleg. De leden van de PAR die in een projectgroep participeerden hadden geen concrete bevoegdheid.

De PAR had ten tijde van het onderzoek geen eigen budget. Dit gaf de PAR geen gevoel van afhankelijkheid. In het verleden was wel gesproken over een eigen budget, maar de leden gaven aan daar geen behoefte aan te hebben.

De PAR had zelf geen contacten met patiëntenorganisaties, die contacten liepen alleen via de leden die namens een patiëntenvereniging in de PAR zaten. De PAR had ook geen contact met andere externe partijen, ook niet met andere adviesraden. Als PAR leden echter ergens waren voor een symposium dan ontmoetten ze wel leden van andere cliëntenraden.

De PAR was bekend bij de medewerkers in de organisatie. Het nut van de PAR was duidelijk, maar mensen waren nog zoekende naar de precieze rol van de PAR. Daardoor gebeurde het wel eens dat de PAR achter de feiten aanliep. Daarnaast werd de PAR gezien als een kleine groep mensen waar hele algemene zaken aan voor konden worden gelegd. Wanneer zaken betrekking hadden op een specifieke patiëntengroep, dan werd contact gezocht met een patiëntenorganisatie.

De PAR had minstens één keer per jaar overleg met de ondernemingsraad. De PAR had geen contact met de medische staf en ook niet met de afdelingshoofden. Er vonden wel eens symposia plaats over wetenschappelijke onderzoeken en daar werd de PAR wel altijd bij betrokken.

Tussen 1999 en 2002 was de (beleidsmatige) patiëntenparticipatie verder uitgebouwd in de SMK. Behalve via de PAR wilde de SMK participatie van patiënten uit bepaalde doelgroepen stimuleren. Patiëntenverenigingen speelden hierin een belangrijke rol. De zorgcentra gingen er geleidelijk toe over de betrekkingen met de patiëntenverenigingen en -organisaties te verstevigen. Het lid van de Raad van Bestuur die patiëntenzorg als aandachtspunt had, was erg gericht op het betrekken van de patiënt, maar op de werkvloer vergde het een cultuuromslag. Mensen gaven aan dat het extra tijd kost om de patiënten te betrekken en dat ze bovendien zelf ook wel een beeld hadden van de behoeften van de patiënten door hun dagelijks contact met hen.

Bij het orthopediecentrum, waar het SMC onder viel, werden de volgende vormen van patiëntenparticipatie genoemd:

- Telefonisch spreekuur;
- Periodieke rapportage naar de PAR over de voortgang van projecten en zorgpaden en de voorgenomen zorgvernieuwing;
- Uitnodiging van PAR-leden om kennis te nemen van en suggesties te leveren ten aanzien van verbetering van het praktisch verloop van het primaire proces.

Met de volgende patiëntenorganisaties en -verenigingen had het centrum een structuurele relatie:

- Stichting patiëntenbelangen Orthopedie;
- Kind en ziekenhuis;
- Patiëntenvereniging De Wervelkolom;
- Patiëntenvereniging Perthes;
- Stichting Heupdysplasie Nederland;
- Vereniging Osteogenesis Imperfecta.

Dit geschiedde door periodiek overleg of door participatie van een van de medisch specialisten in een adviesraad van de betreffende patiëntenvereniging

Naast de patiëntenparticipatie probeerde de SMK ook op andere manieren te communiceren met de patiënten. In een rapportage over prestatie-indicatoren werd aangegeven dat de SMK, in samenwerking met de PAR, de tevredenheid van patiënten op systematische wijze onderzocht via:

- Ontslaggesprekken bij patiënten;
- Via continue schriftelijke raadpleging bij patiënten en indien van toepassing hun partner;
- Via steekproefsgewijze raadpleging bij patiënten aan de hand van actuele thema's (bijvoorbeeld Maaltijdvoorziening, bereikbaarheid);
- Via telefonische consulten van alle patiënten na thuiskomst die een operatie hadden ondergaan.

In het verleden was er een groot aantal uitgebreide enquêtes onder patiënten gehouden. Deze waren algemeen en divers. De organisatie verkreeg hierdoor veel, maar ongerichte feedback. Gaandeweg was het beleid veranderd en was er voor gekozen om de patiëntenraadpleging toe te spitsen op bepaalde onderwerpen. Continue raadpleging over het 'algemeen beleven' in de gehele organisatie was toen achterwege gelaten.

In het orthopediecentrum deden ze ongeveer één keer per jaar een tevredenheidsonderzoek. Dat had dan met name betrekking op patiëntenbejegening en service aspecten. De resultaten werden in de staf besproken en er werd gekeken wat er aan eventuele problemen gedaan kon worden. Het was al een tijd geleden dat het orthopediecentrum voor het laatst een tevredenheidsonderzoek gedaan had. Andere vormen van patiëntenraadpleging in het orthopedisch centrum waren:

- De teamleider maakte periodiek en steekproefsgewijs (eenmaal per maand) een rondje langs de patiënten en hun bezoekers en informeerde naar hun ervaringen;
- De zorgcoördinatoren hadden standaard een gestructureerd ontslaggesprek met de patiënt;
- Alle geopereerde patiënten ontvingen van de orthopedieconsulent minimaal één telefonisch consult (vier tot zes weken na ontslag), ter vervanging van het eerste controleconsult na de opname.

Het reumacentrum deed tevredenheidsonderzoeken bij nieuwe ontwikkelingen; ze evalueerden per project. Het revalidatiecentrum voerde een continu tevredenheidsonderzoek uit.

De SMK was bezig om het tevredenheidsonderzoek opnieuw kliniekbreed op te zetten. Er werd ten tijde van het onderzoek een beleidsstuk geschreven over patiëntenraadpleging voor alle drie de zorgcentra en het facilitair bedrijf volgens de QUOTE-methode. De QUOTE-methode was een combinatie van focusgroepen, vragenlijsten en literatuuronderzoek. Focusgroepen met representanten van de doelgroepen leveren items op die voor de patiënten relevant zijn. De SMK was met de QUOTE-methode bezig, omdat de kliniek op zoek was naar de juiste wijze van patiëntenraadpleging. Ze hadden geen goede ervaringen met lange vragenlijsten.

Ook binnen de arts-patiëntrelatie werd veel aandacht geschonken aan de participatie van de patiënt. Bij het revalidatiecentrum was patiëntenparticipatie binnen de behandeling al sinds tientallen jaren een kernthema. Ook door de orthopeden werd aangegeven dat patiënten werden geïnformeerd over de situatie en de opties die er waren voor behandeling. De patiënt kreeg dan de mogelijkheid om er zelf over na te denken en dan gezamenlijk met de behandelend arts een beslissing te nemen over de te volgen behandeling. De specialisten kregen in de SMK ook communicatietraining om dit proces goed te laten verlopen.

Missie

De slogan van de SMK was ‘sterk in beweging’. De missie van de kliniek luidde als volgt: “Wij bevorderen de gezondheid en kwaliteit van leven van mensen met aandoeningen aan het houdings- en bewegingssysteem inclusief de aansturing daarvan.” De SMK ging daarbij uit van de volgende waarden:

- Klantgericht: wij zijn er op de eerste plaats voor de vraag van onze klanten: betrouwbaar, bekwaam en veilig.
- Innovatief: wij verbeteren en vernieuwen diagnostiek, behandeling, behandeling en zorg.
- Ondernemend: wij zijn zorgondernemers, gericht op de behoeften van patiënten met een open oog voor medewerkers.
- Excellent: wij willen (inter)nationaal excelleren in de behandeling en zorg voor bepaalde patiëntengroepen en in de ontwikkeling daarvan. (Beleidsplan 2005-2008).

In een eerder document had de SMK met betrekking tot de patiëntenzorg de volgende interne uitgangspunten geformuleerd:

- Verantwoorde zorg, afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt, is het uitgangspunt van handelen;
- De patiënt is actief betrokken bij het vaststellen van het behandelplan;
- Patiëntenvertegenwoordigers participeren in de beleidsvorming;
- Patiëntenrechten zijn goed verankerd in procedures. Van de patiënt wordt ‘goed patiëntschap’ verwacht. Dit betekent dat de patiënt de hulpverlener naar beste weten alle inlichtingen en medewerking geeft die de hulpverlener redelijkerwijs nodig heeft voor het verlenen van verantwoorde zorg;
- Behandeling van patiënten verloopt op een kwalitatief goede, doelmatige en vlotte wijze;
- Het zorgaanbod komt tot stand op grond van algemeen aanvaarde medische standaarden dan wel op wetenschappelijk getoetste zorginnovaties;

- Voor zover mogelijk vindt verschuiving plaats van klinische naar niet-klinische activiteiten, zowel binnen als buiten het ziekenhuis;
- Er vindt structurele communicatie plaats met (groepen) verwijzers.

In haar visie gaf de SMK aan dat de patiënt centraal stond in de kliniek, mede omdat de kliniek haar bestaansrecht ontleende aan de patiënt. De kliniek speelde ook in op de emancipatieontwikkeling van de patiënt en beschouwde de patiënt dan ook als partner in de behandeling. Vraagsturing was een belangrijk aandachtspunt voor de Raad van Bestuur van de SMK. Onder het kopje vraaggestuurde zorg gaf de kliniek in het beleidsplan 2005-2008 aan dat de SMK er op de eerste plaats was voor een goede diagnostiek, behandeling, zorg en begeleiding van patiënten. Hun noden en wensen stonden centraal. Naast de patiënten werden de verwijzers en verzekeraars ook als belangrijke klanten c.q. stakeholders benoemd. Met de verzekeraars wilde de SMK afspraken maken over de inhoud, het volume en de prijs van de zorg. Daarnaast wilden ze afspraken maken over toegangstijden, wachttijden en serviceproducten. De begrippen vraagsturing en vraaggerichtheid werden expliciet gebruikt in beleidsstukken, maar het waren nog geen algemeen geaccepteerde termen. Uit de verschillende gesprekken in de kliniek kwam ook geen eenduidige definitie naar voren. Wat wel eenduidig werd benoemd was de rol van de professional en zijn deskundigheid en de toenemende mondigheid en kennis van de patiënt die ook een positie had in het besluitvormingsproces. Het bewaken van het professionele domein kwam ook naar voren in het beleid dat de SMK voerde. Als het financieel haalbaar was zou de kliniek alle zorg leveren om de zorgverlening voor de patiënt zo goed mogelijk te organiseren. Het nieuwe beleid van de SMK was dat patiënten ook financieel mochten bijbetalen voor extra service, echter niet als het om zorg ging. Patiënten zouden dus geen extra MRI kunnen inkopen. Het werd, gezien de beperkte capaciteit, maatschappelijk niet verantwoord geacht om dat toe te staan. De inzet van zorg bleef een keuze van de professional. Daarbij werd overigens wel aangegeven dat de professionele autonomie getoetst moest worden. Zo werd onderkend dat er wat de multidisciplinaire afstemming en het goed informeren van patiënten betreft, een verantwoordingsplicht op het professionele domein lag.

Binnen de kliniek bestond variatie over hoe over vraaggestuurde zorg werd gedacht. Binnen het revalidatie- en reumacentrum, waar sprake was van chronische patiënten, was het veel meer een issue dan bij orthopedie. De contacten bij orthopedie waren veel korter van aard, met een andere inhoud en een ander doel. Tevens werd aangegeven dat de situatie in de SMK wellicht anders was dan in andere ziekenhuizen, omdat zestig procent van de patiënten naar de SMK kwam voor een second opinion. Een spreekuur was in de SMK ook heel anders dan in een ander ziekenhuis. Er werd meer tijd voor uitgetrokken, omdat de SMK voor een groep patiënten het laatste station was. De specialist moest daarbij soms ook optreden als scheidsrechter en zeggen dat er echt niets meer gedaan kon worden.

Vraagsturing werd in de kliniek in het kader van het INK-model geplaatst. Dit model vormde de leidraad voor continue verbetering van de inrichting van de organisatie, de structuren, de zorgprocessen en om de kwaliteit en het enthousiasme van de medewerkers te verbeteren. In 2002 was een start gemaakt met de introductie van het INK-model.

7.3.3 De opzet van het sportmedisch centrum

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding

Een aantal aspecten had bijgedragen aan het opzetten van het sportmedisch centrum Maartenskliniek (SMC). De SMK had in haar strategisch beleid 1999-2002 aangegeven dat het meer aandacht wilde geven aan sport. In het businessplan van het SMC werd een aantal trends en ontwikkelingen genoemd die de ontwikkeling van het SMC positief zouden kunnen beïnvloeden:

- Het feit dat de zorg veranderde van aanbodgericht naar vraaggestuurd;
- Dat meer mensen gingen sporten/bewegen hetgeen gepaard gaat met blessures en met vragen naar voorlichting en begeleiding;
- Werkgevers waren meer aansprakelijk voor de kosten van arbeidsverzuim en vragen daarom om ondersteuning bij preventie en reïntegratie;
- De relatie tussen bewegen en gezondheid werd erkend. Daarnaast stimuleerde de overheid beweging en bestrijding van overgewicht;
- Ouderen hadden een grotere behoefte aan een actieve leefstijl.

Sport kreeg ook meer aandacht in de SMK, omdat een aantal nieuwe orthopeden erg in sport geïnteresseerd was. Tot dan toe had de SMK één sportorthopeed die een sportmedisch spreekuur had op maandag. Daarnaast was het zo dat de SMK in 1998 de Spoedeisende hulp had ontwikkeld tot een spoedeisende hulp die zeven dagen per week, vierentwintig uur per dag open was (dus ook voor amateur-sporters in het weekend). Hierdoor kreeg de kliniek een goede patiëntenmix in het ziekenhuis, wat ook van belang was voor de opleidingsfunctie.

Het SMC was ook belangrijk om een plek te creëren voor de orthopedische fysiotherapie. Dit was enerzijds om de fysiotherapie meer evidence based aan te kunnen bieden, maar anderzijds omdat de dag-OK in de SMK ging uitbreiden waarvoor ruimte nodig was.

Tot slot maakte de SMK onderdeel uit van het Olympisch steunpunt voor gehandicapte sporters en recent was een intensieve samenwerking met het sportmedisch centrum Papendal geformaliseerd.

Het feit dat een lid van de Raad van Bestuur van de SMK door iemand van de gemeente was benaderd om te participeren in de 'Eendracht', een multifunctioneel centrum waar naast het SMC, NEC (voetbalschool, supportersvereniging en amateurclub), Tandem (welzijnsorganisatie), ROC en de Stichting Zevenheuvelenloop gehuisvest waren, had het bovenstaande proces in een stroomversnelling gebracht.

Doelstelling

Het SMC stelde zich tot doel de zorg in de sportgeneeskundige keten te optimaliseren. Het centrum was, door het brede dienstenpakket, een toegevoegde waarde voor de (huidige) sportgeneeskundige keten te weten: huisarts(eerste lijn); sportarts; orthopeed/revalidatiearts/fysiotherapeut. Door de combinatie van de aanwezige expertise in de SMK en het SMC werd het SMC gezien als de plaats bij uitstek waar personen met sportblessures adequaat geholpen konden worden. De expertise werd ook ingezet ter voorkoming van blessures en ter advisering en ondersteuning bij aanvang en begeleiding van sport en spelactiviteiten door de doelgroepen.

Daarnaast had het SMC als doel sport, bewegen, oefenen en trainen als behandeling bij de verschillende patiëntengroepen die de SMK behandelde te introduceren.

Tot slot moest het SMC er aan bijdragen dat de SMK meer geïntegreerd zou raken met de regionale gezondheidszorg.

Vormgeving

Het SMC viel onder het orthopedisch centrum van de SMK. Het dagelijks management was in handen van een sportarts. Beide organisaties hadden een non-profitkarakter. De bedrijfsprocessen binnen het SMC sloten aan op het stramien van de processen in het Orthopediecentrum van de SMK. Het personeel was bij de SMK aangesteld en gedetacheerd naar het SMC. Een klein deel van de paramedische formatie werd gedetacheerd vanuit het zorgcentrum orthopedie.

Primair ging het in het SMC om diagnostiek, begeleiding en behandeling van acuut en chronisch sportletsel bij zowel amateur- als recreatiesporters door een sportarts en een sportfysiotherapeut, alsmede consultatie en snelle doorverwijzing naar de SMK. Daarnaast was ook advisering en begeleiding van gehandicapte amateur- en topsporters, hoogwaardige fysiotherapeutische nazorg van in de SMK behandelde patiënten, medische fitness ter verbetering van de conditie en ter preventie van letsels en screening en advisering met betrekking tot arbeidsrelevante aandoeningen van belang. Er werd daarnaast overwogen de aandacht te richten op hoogwaardige bedrijfsfitness en reïntegratiebegeleiding van verzekerden van grote verzekeraars.

Er werden ook bestaande gezondheidszorgproducten vanuit de SMK naar het SMC verplaatst. Tot slot werd in de nieuwe onderneming de activiteiten van het Sportmedisch Adviescentrum (Nijmegen Beuningen) voortgezet. Dit Sportmedisch Advies Centrum was opgegaan in het SMC.

De zorg die werd aangeboden stond duidelijk omschreven op de website, waarbij duidelijk werd aangegeven wat de specificatie van het product was, uit welke onderdelen het product bestond, wat de duur van de behandeling was en wat de prijs was. De producten waren onderverdeeld per aanbiedende zorgverlener. Dit maakte het voor de cliënt inzichtelijk. Het SMC ging uit van 'goed patiëntschap'. Dat betekende dat de patiënt moest accepteren dat hij zich tijdens de behandeling voor een deel overgaf aan een professional en dat de hulpverlener meer deskundigheid had op dit terrein. Tot slot werd er naar gestreefd het zorgproces zo 'evidence based' mogelijk aan te bieden.

De keuze voor de producten was gedeeltelijk ingegeven door het feit dat men geen sportcentrum pur sang wilde zijn, omdat sportgeneeskunde een nuldelijnvoorziening is waar mensen zelf voor moeten betalen. De (medische) behoeften van patiënten van de SMK hadden ook invloed gehad op de keuze van producten. Zo was het aanbod van preoperatieve training voortgekomen uit het feit dat inactiviteit leidt tot atrofie. Hierdoor werd het revalidatietraject na de operatie langer. Door mensen een preoperatieve training aan te bieden werden postoperatieve complicaties voorkomen en de postoperatieve revalidatie minder langdurig. Hier was grote behoefte aan onder de patiënten van de SMK. Hiermee werd ook de commerciële basis van het centrum verbeterd, omdat het buiten budgettaire inkomsten waren. Ook de ontwikkeling van producten voor chronische patiënten was voortgekomen uit een behoefte die bestond in de SMK.

Er werden een aantal doelgroepen onderscheiden: geblesseerde sporters, pre- en postoperatieve patiënten, mensen met een aandoening of beperking die willen sporten en mensen met gezondheidsrisico's.

De SMK was een expertisecentrum waar veel mensen kwamen met langdurige en chronische aandoeningen. Tevens kwamen mensen vaak voor een second opinion of

was de SMK zelfs het laatste station. Dit had invloed op de wijze waarop de zorg werd verleend. Er werd veel aandacht geschonken aan de communicatie met de patiënt en de behandelplannen werden opgesteld in samenspraak met de patiënt. Deze patiënten zouden ook naar het SMC komen. Daarnaast kwamen er ook sporters die werden gezien als een mondige groep patiënten. Ze wisten precies wat ze wilden en wat ze niet konden en hebben vaak al veel alternatieven geprobeerd. Het gebeurde vaak dat mensen binnen kwamen met informatie die ze vooraf hadden ingewonnen. Met name sporters waren goed geïnformeerd. Daarnaast werd aangegeven dat het veelal jonge patiënten waren die nog actief waren in het arbeidsproces. Voor deze doelgroep was het belangrijk dat ze zo snel mogelijk weer fit werden en weer aan het arbeidsproces konden deelnemen.

De financiering van de activiteiten liep over de volgende lijnen:

- Reguliere zorg: liep via orthopedie. Dit was zorg ten laste van de reguliere financiering. Afspraken over de hoogte van het budget en de uitbreiding van het aantal verrichtingen werden via de SMK gemaakt. Klanten waren voornamelijk sporters;
- Reguliere zorg plus: liep via orthopedie. Dit was additieve zorg. Afspraken over de hoogte van het budget en de uitbreiding van het aantal verrichtingen werden via de SMK gemaakt;
- Sportgeneeskunde/sportfysiotherapie: blessureconsult, sportmedisch onderzoek en advisering, sportrevalidatie en sportmedische begeleiding. Afhankelijk van de verzekeraar werden onderdelen van dit pakket vergoed. Voorwaarde was wel dat het centrum erkend werd door de Federatie van Sportmedische Instellingen;
- Reïntegratie: diverse modules waren reeds door derden ontwikkeld. Het betrof hier derde geldstroomactiviteiten.

Het SMC werd gezien als een commerciële benadering van vraagsturing. Er werd aangegeven dat het SMC zich bevond in een vrije markt, waardoor er veel meer mogelijk was. Dit was minder het geval bij de diensten die het centrum aanbood binnen de verzekeringspolis. Het was een commerciëlere manier van werken in die zin dat producten die goed liepen naar voren werden geschoven en producten die niet liepen en heel veel energie kostten niet meer werden aangeboden. Het SMC speelde in op de lacunes in de markt.

Voor de opzet van het SMC had de SMK een inventarisatie gemaakt van de afzetmarkt. Hieruit bleek dat de eerstelijnsopvang van acute en chronische sportletsels niet systematisch geregeld was in Nijmegen en omgeving. Er was ook geen samenhangend netwerk van sportfysiotherapeuten. Tevens was er vanuit de sportwereld behoefte aan toegang tot zorg op korte termijn.

Tachtig procent van het SMC was intern opgezet, maar wel op basis van kennis over wat er leefde bij de doelgroepen. De projectleider had een lange voorgeschiedenis in de sportgeneeskunde en de extern adviseur had veel beleidservaring en inhoudelijke kennis van de markt. Het lid van de Raad van Bestuur wist wat ze wilde voor de SMK en samen met de kennis van de manager was alles gebundeld. De opzet van het SMC was heel behoudend en pragmatisch vormgegeven. De basis bestond uit fysiotherapie en orthopedie. In het businessplan van het sportmedisch centrum werd aangegeven dat wat de (sport)orthopedie betreft de markt sterk te beïnvloeden was vanwege de directe doorverwijzingsmogelijkheden vanuit de SMK en een grote instroom via Papendal.

Voor de sportgerelateerde producten was gebruik gemaakt van de marktinzichten van de extern adviseur, de projectleider en de manager. Daarnaast hadden de initiatiefne-

mers ook met sportverenigingen gesproken. Tevens werd ingespeeld op de lacunes van de SMK. De SMK wilde sportorthopedie ontwikkelen en er was ook een duidelijke vraag vanuit de regio naar sportblessurebehandeling. Er was een behoefte bij fysiotherapeuten en huisartsen naar een verwijspad voor sporters. De SMK kon de afzet van de sportmedische producten redelijk inschatten door de praktijk van Sport Medische Centrum Beuningen, die was opgegaan in het SMC.

De life-style programma's die werden aangeboden werden als een potentiële groei-markt gezien. De arbeidsgerelateerde producten (tot slot) moesten nog worden ontwikkeld. Er was wel een pilotonderzoek uitgevoerd om na te gaan op welke wijze de SMK expertises zou kunnen uitvoeren voor verzekeraars en arbo-diensten. Tevens werd verondersteld dat door aanvullend hierop reïntegratieprogramma's aan te bieden (Benefit) een substantieel deel van de regionale markt kon worden veroverd.

Proces

Verskillende processen hadden bijgedragen aan de opzet van het SMC: de opzet van een sportexpertisecommissie in de SMK, de samenwerking tussen de SMK en Papendal, de opzet van de eendracht en de ontwikkeling van het sportmedisch centrum zelf.

De sportexpertisecommissie

Een sportorthopeed die in 2000 bij de SMK kwam werken had eerst kleinschalig een sportwerkgroep opgezet, samen met radiologie en fysiotherapie, om de sportorthopedie verder te ontwikkelen binnen de SMK. Daarnaast had de SMK een strategische alliantie gesloten met Papendal. De sportorthopeed had ook onderwijssessies gedaan voor de huisartsen en de sportfysiotherapeuten in de regio, zodat het voor de verwijzers duidelijk werd dat ze in de SMK ook aan sportorthopedie deden.

In 2002 was de sportexpertisecommissie opgericht die bestond uit de volgende leden: SMC de Goffert, SMC Papendal, commissie Nascholing sportorthopedie, orthopediecentrum, reumacentrum, revalidatiecentrum, SMK research en staffunctionaris patiëntenzorg.

De commissie had een medebepalende rol in het beleid dat werd gevoerd ten aanzien van de ontwikkeling van de sportmedische keten. Het doel van het beleid was om bestaande en nieuwe sportmedische activiteiten af te stemmen en te coördineren. De commissie adviseerde de Raad van Bestuur als het ging om de organisatie, financiering, ruimte, bouw, uitbreiding, etc.

Samenwerking Papendal

Met de komst van de sportorthopeden had de SMK een strategische alliantie gesloten met sportmedisch centrum Papendal. Papendal zou mensen naar de SMK verwijzen en vice versa. De stimulans voor SMK hiertoe was vooral om de expertise van de sportorthopeden goed te gebruiken en ze te stimuleren om dat ook verder te ontwikkelen. Daarnaast was het voor de SMK noodzakelijk om enkelvoudige letsels naar de kliniek toe te trekken, omdat de SMK voor de erkenning van de opleiding tot orthopeed een juiste case-mix nodig had. Om dat soort letsels naar zich toe te trekken was ook de spoedeisende hulp vierentwintig uur per dag, zeven dagen in de week opengestaan. Daarnaast wilde de SMK de patiëntenmix ook gevarieerd houden en niet alleen maar topklinische zorg verlenen. Er was regelmatig overleg met Papendal. Het was ook een strategisch overleg. In het SMC werden in principe dezelfde diensten als Papendal aangeboden en dat moest zich nog ontwikkelen.

De eendracht

Eerder is aangegeven dat door de totstandkoming van de Eendracht een aantal zaken bij elkaar waren gekomen. Vanuit de SMK was er een projectgroep (Raad van Bestuur, een orthopeed, de manager facilitair bedrijf en de directeur van het revalidatiecentrum) gaan praten met NEC, de directeur van het Goffert stadion en de gemeente. Uiteindelijk had de projectgroep besloten om te participeren in het initiatief.

Het sportmedisch centrum

In het traject rondom de opzet van het SMC was geprobeerd de vormgeving en de implementatie zodanig voor te bereiden dat er geen grote of onomkeerbare weerstanden zouden ontstaan. Er was een stuurgroep opgezet voor de strategiebepaling en de besluitvorming. De opdracht was het begeleiden en doen uitvoeren van alle werkzaamheden die nodig waren voor het ontwikkelen van een sportmedisch centrum. De stuurgroep legde verantwoording af aan de directie van de SMK. De stuurgroep was verantwoordelijk voor de ontwikkeling en de realisatie. De stuurgroep bestond uit de volgende personen: de directeur van het revalidatiecentrum, iemand van de financiële afdeling, twee sportorthopeden, de sportarts en een externe adviseur. Voor bijeenkomsten die betrekking hadden op belangrijke besluitvorming, werd de directie uitgenodigd. Besluitvorming die het SMC aangingen vonden plaats in de stuurgroep, maar besluiten die de SMK aangingen werden op directieniveau genomen.

Naast de stuurgroep waren er ook een aantal werkgroepen geformeerd:

Werkgroep organisatie Opdracht: het opzetten van de organisatorische en financiële structuur van het SMC en de afstemming met de SMK.

Werkgroep programma, producten en inrichting Opdracht: selectie en creëren van programma's en producten, omschrijving van de taakverdeling tussen betrokken expertises, formuleren van advies omtrent bouw en inrichting.

Werkgroep PR/marketing Opdracht: bekendheid vergroten van het SMC, in eerste instantie intern, in latere instantie extern, met als uiteindelijk doel het creëren van draagvlak en publiciteit.

De werkgroepen bestonden uit de sportarts van het SMC, het management van de afdelingen en de centra van de SMK en een externe adviseur.

Het management was met het initiatief gekomen en was ook een drijvende kracht achter de opzet van het SMC geweest. De directeur van het revalidatiecentrum was projectleider. Hij had al affiniteit met sport en was zelf ook betrokken geweest bij sportmedische adviescentra als consulterend geneeskundige. Hij was projectleider geworden, omdat hij goed was in het doordenken van patiëntenpopulaties en patiëntenstromen. Daarnaast was zijn werkwijze effectief. De projectleider was de aanjager en de bedenker van het concept, in nauwe samenwerking met de dagelijks manager. De projectleider was ten tijde van het onderzoek nog lid van de stuurgroep, waarin hij meepraatte over het beleid van het SMC. Zijn verantwoordelijkheid was om het SMC levensvatbaar te maken en hij was verantwoordelijk voor de verdere uitbouw en het beleid van het SMC. De operationele verantwoordelijkheid lag ten tijde van het onderzoek bij de manager van het SMC. De beleidsverantwoordelijkheid lag bij de stuurgroep en de eindverantwoordelijkheid lag bij de Raad van Bestuur.

De manager van het SMC had haar eigen sportmedisch centrum en netwerk ingebracht en werd daarmee als een belangrijke slagingsfactor voor het SMC gezien.

Er waren twee orthopeden gevraagd om inhoudelijk mee te denken in de stuurgroep. Ze hadden meegepraat over de doelgroepen, hoeveelheden patiënten, de behandelin-

gen en de inrichting van het SMC. Daarnaast hadden ze zich beziggehouden met protocollisering. Tevens hadden ze de fysiotherapeuten inhoudelijk ondersteund. Een orthopeed gaf aan dat het bestaan van een stuurgroep goed was om besluitvorming te faciliteren en omdat het de specialist inzicht gaf in de managementkant van zaken. Het centrum viel onder de sportexpertisecommissie, waar de twee sportorthopeden ook zitting in hadden. Verder speelden de orthopeden een rol in de verwijzing van mensen naar het SMC. Eén orthopeed was nu alleen nog betrokken als medisch practicus. De andere orthopeed had zitting in de nieuwe stuurgroep die was opgezet nadat het project was afgesloten.

Het hoofd van de afdeling fysiotherapie was verantwoordelijk voor de fysiotherapeutische zorg in het SMC. Nadat contacten met externe fysiotherapeuten op niets waren uitgelopen, was de interne afdeling benaderd om te vragen of zij sportfysiotherapeutische zorg in het SMC wilde gaan leveren. Sportfysiotherapie was al tot ontwikkeling gekomen, omdat de fysiotherapeuten merkten dat ze steeds meer cliënten kregen met sportgerelateerde klachten. Toen het SMC was opgezet is sportfysiotherapie verplaatst naar het SMC.

De afdeling fysiotherapie had ook meegekeken naar de logistiek en de inrichting van het centrum samen met de manager van het SMC. Het hoofd van de afdeling was niet betrokken geweest bij het voortraject, zoals de inrichting, omdat dat samen met de externe fysiotherapeuten was opgezet.

Het hoofd van de afdeling fysiotherapie was ook betrokken geweest bij het overbrengen van logistiek, automatisering en facilitair bedrijf naar het SMC, omdat het nog steeds een dependance was van de SMK. Daarnaast was het hoofd bezig geweest met het opzetten van het personeelsbeleid in het SMC.

Voor de ontwikkeling van nieuwe producten legde de manager van het SMC contacten met toekomstige gebruikers. Voor de vormgeving van de producten praatte de manager met de specialisten, de fysiotherapeuten, de psycholoog en andere mensen uit de SMK die normaal met die doelgroep te maken hadden. Voor de opzet van nieuwe producten was nog geen contact gezocht met de patiëntenorganisaties en de patiëntenorganisaties hadden ook nog geen contact met het SMC gezocht.

Omdat er geen marktonderzoek was gedaan voorafgaand aan de opzet van het SMC, was het de bedoeling dat het SMC geëvalueerd zou worden bij de patiënten.

De PAR was in een vroeg stadium geïnformeerd over het SMC. De PAR was ook naar haar mening gevraagd over het SMC en ze waren unaniem van mening dat het een hele goed initiatief was. Ze waren ook op de hoogte gehouden van de verdere gang van zaken, maar waren er verder niet bij betrokken geweest. De voortgang van het SMC was wel regelmatig op de agenda teruggekomen en de PAR was ook uitgenodigd op de opening van het SMC.

7.3.4 Externe betrokkenheid

De SMK had altijd een sterk bovenregionaal en zelfs bovennationaal karakter gehad, maar was zich in toenemende mate bewust van de afhankelijkheid van hun regionale positie. In de visie 1999-2002 gaf de SMK aan dat ze het evenwicht tussen de regionale en de bovenregionale en landelijke functie steeds in de gaten moesten houden. Dat was belangrijk voor de financiering van hun activiteiten (complexe patiënten zijn vaak ook dure patiënten) en om specialisten en verpleegkundigen volwaardige opleidingsmogelijkheden te kunnen bieden. Daarbij erkende de kliniek ook de afhankelijkheid van de verwijzers, ofwel de huisartsen, om patiëntenstromen te beïnvloeden.

Om de verwijzers te informeren en positief te stemmen over het SMC organiseerden ze nascholingscursussen, waarbij het SMC steeds aan de orde werd gesteld. Op die manier hoopten ze een patiëntenstroom te genereren richting het SMC.

In de rapportage prestatie-indicatoren 2003 worden de volgende partijen genoemd waarmee de maartenkliniek systematisch overleg voerde: zorgverzekeraars; UMC-Sint Radboud; algemene ziekenhuizen; patiëntenorganisaties; regionale huisartsenvereniging; speciale onderwijsinstellingen; RIO-nijmegen en omstreken; sportcentrum papendal; revalidatiecentrum Groot klimmendaal; diverse regionale kennisnetwerken. Ad hoc was er overleg met gemeentelijke instanties, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Deze laatste overleggen zullen hier buiten beschouwing blijven.

Rondom het SMC was een PR-plan opgesteld dat uit drie lagen bestond. De eerste laag was gericht op het creëren van draagvlak binnen de SMK en om verwijzingen naar het SMC te garanderen. De tweede laag was PR richting de verwijzers: de huisartsen en de fysiotherapeuten in de regio. De derde schil was de kiezende particulier, dus de sportverenigingen, de sportraden, grote groepen mensen. Voor de particulieren waren er flyers verstuurd en een open dag georganiseerd. Voor sportverenigingen werden clubpakketten aangeboden.

Er waren een aantal oriënterende gesprekken met externe partijen, zoals zorgverzekeraars en bedrijven. Doel van de gesprekken was om het idee voor te leggen en te kijken of ze erin geïnteresseerd waren. De meeste gesprekken waren eenmalig geweest. De partijen die ze gesproken hadden, hadden niet inhoudelijk meegedacht in het proces. De gesprekken waren gebruikt als input om daar vervolgens zelf mee aan de slag te gaan. De vormgeving was intern gebeurd. Alleen de externe adviseur kwam van buitenaf.

De externe adviseur was betrokken geraakt bij het sportmedisch centrum via de Nederlandse orthopeden vereniging. De adviseur was secretaris van de vereniging en hij had veel kennis en een netwerk in de sportbranche. Samen met de projectleider had de extern adviseur de plannen gemaakt voor het SMC en hij had hij ook het businessplan voor een groot gedeelte ingevuld. Uiteindelijk was de externe adviseur met name bezig geweest met het introduceren van het SMC binnen de SMK. Hij was met alle afdelingen gaan praten en er waren allerlei werkgroepen ingesteld, waar hij secretaris van was. Die werkgroepen hadden als functie de medewerkers te committeren en te betrekken bij het SMC. Verder was de extern adviseur betrokken bij de inrichting van het SMC. Hij was tevens een vraagbaak voor de manager van het SMC. Ten tijde van het onderzoek was de extern adviseur er niet meer bij betrokken.

Rondom 'de Eendracht' waren de volgende partijen betrokken: SMK, ROC (voetbalschool), NEC (voetbalvereniging), Tandem (welzijnsorganisatie) en de Zevenheuvelenloop (hardloopervereniging). De betrokkenheid van deze partijen had ook te maken met het bestemmingsplan van de Eendracht. Alle partijen moesten sportgerelateerde activiteiten ontplooiën. De gemeente Nijmegen zat niet in het bestuur van de Eendracht, maar was wel initiator, bedenker, facilitator en uitvoerder van de Eendracht. Naast de afspraken rondom de Eendracht waren er ook nog additionele afspraken gemaakt tussen de SMK en de Zevenheuvelenloop. Deze afspraken hadden onder andere betrekking op de begeleiding van topsporters van de Zevenheuvelenloop door de sportarts van het SMC, advertenties van het SMC in het boekje van de vereniging en een koppeling tussen de websites van beide organisaties.

Zorgaanbieders

De SMK zocht nadrukkelijk samenwerking met andere zorginstellingen in de regio Nijmegen en (delen van) direct omliggende regio's. Medisch specialisten uit het Canisius-Wilhelmina ziekenhuis en het UMC St. Radboud hielden bijvoorbeeld regelmatig spreekuur op de Sint Maartenskliniek om patiënten te helpen met problemen die geen betrekking hadden op de aandoening waarvoor ze in de SMK waren opgenomen. Op deze manier was de kliniek toch verzekerd van specialistische zorg die niet tot haar kerndisciplines behoorde.

In de samenwerkingsverbanden waar de SMK aan deelnam, nam de regio Arnhem-Nijmegen een bijzondere plaats in. Binnen deze regio werd in het CARS-verband nauw samengewerkt met de andere ziekenhuizen, onder andere op het gebied van houding en beweging. CARS stond voor de samenwerking tussen het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, het AZN St. radboud, het Rijnstate ziekenhuis Arnhem en de Sint Maartenskliniek. De verwachting was dat de samenwerking in de komende jaren alleen maar hechter zou worden. In het CARS-verband kreeg de regionale samenwerking tussen medische en verpleegkundige professionals vorm, maar ook tussen administratieve en facilitaire diensten. De samenwerkingspartners stemden af over zaken als arbeidsmarktontwikkelingen, opleidingen, uitwisseling van personeel en samenwerking op gebied van patiëntenzorg, grensoverschrijdende zorg en infrastructuur. Het was een redelijk homogene groep die qua visie wel hetzelfde dacht. De andere ziekenhuizen waren ook ondernemend. Binnen het CARS-verband werd over het algemeen positief gereageerd op het SMC.

De huisartsen in de regio waren georganiseerd in drie regionale huisartsenverenigingen. De RHV had ook een commissie eerste-tweede lijn. Deze commissie bestond al meer dan tien jaar en onderhield contacten met de tweedelij. De commissie had het mandaat om in het overleg met de tweedelij zelfstandig te acteren, maar als er beslissingen genomen moesten worden die veel huisartsen aangingen dan werd het eerst teruggekoppeld aan het RHV-bestuur. De commissie moest rapporteren aan het bestuur als er beslissingen genomen moesten worden of als er problemen waren. Het bestuur bracht dat in in de algemene ledenvergadering en er werd een beslissing genomen. Als er snelle beslissingen genomen moesten worden dan werd er via email teruggekoppeld naar de andere leden van de eerste-tweedelijnscommissie.

De commissie had twee á drie keer per jaar overleg met de tweede lijn. De frequentie van het contact met een ziekenhuis was afhankelijk van de mate van samenwerking en de hoeveelheid kwesties die er te bespreken waren. De commissie had twee tot drie keer per jaar overleg met de SMK. Bij het overleg zat de directie of een vertegenwoordiger van de directie bij en een stafid van elke specialitische discipline. De overleggen waren met name bedoeld om elkaar te informeren. Omdat het SMK een gespecialiseerd ziekenhuis was (bijna derdelijns) werden er andere dingen besproken dan met meer algemene ziekenhuizen. Doordat de directie erbij zat waren de onderwerpen minder zorginhoudelijk.

Er werd aangegeven dat de specialisten in de SMK goed te benaderen waren voor de huisartsen en dat patiënten ook vrij snel terechtkonden. De huisartsen merkten daaraan dat de SMK zich regionaal wilde profileren. Een huisarts gaf aan dat hij echter ook zag dat dat niet alleen betrekking had op productiecijfers, maar dat de SMK daadwerkelijk de zorg wilde vernieuwen.

Het SMC was niet in het overleg tussen de commissie en de Maartenskliniek ter sprake gekomen. De huisartsen waren geïnformeerd via de pers, het blaadje van de SMK en onderwijsavonden. Er kwamen wel mensen binnen bij het SMC na een

verwijzing van de huisarts, maar de SMK werd door veel huisartsen nog gezien als gespecialiseerde geneeskunde. De huisartsen waarmee voor het onderzoek was gesproken zeiden dat ze nog niet goed wisten wat het SMC precies te bieden had en dat het ook enigszins buiten de huisartsen omging. Mensen gaan rechtstreeks of via de sportclub of fysiotherapeut naar een sportarts. De mensen die op een amateurniveau sporten werden door de huisartsen veelal verwezen naar de fysiotherapeut.

Er was aangegeven dat er twee grote concurrenten van het SMC waren: Sanasport en SMC Beuningen. SMC Beuningen was uiteindelijk opgegaan in het SMC.

In eerste instantie wilde de SMK samenwerken met Sanasport, juist ook omdat het SMC zo dicht bij Sanasport gesitueerd was. Sanasport begeleidde de eredivisie van NEC en de SMK had ook expliciet uitgesproken naar de top van NEC dat ze de eredivisie niet wilden begeleiden. De technisch directeur van NEC wilde namelijk geen conflicten met het Canisius ziekenhuis, waar Sanasport aan verbonden is. De specialisten van de SMK hadden ook informatieve gesprekken gevoerd met de specialisten van het Canisius om aan te geven wat de doelstellingen waren van het SMC en de SMK had zich uitgesproken over het feit dat zij niets wilden doen in de begeleiding van sportclubs. Met de directeur van Sanasport waren oriënterende gesprekken gevoerd en deze stond open voor samenwerking. De Raad van Bestuur had echter na overleg met de orthopeden besloten om niet samen te werken. De orthopeden vonden dat de SMK in hun vijver ging vissen en dat dat niet kon. Dat standpunt had de Raad van Bestuur van het Canisius overgenomen. De SMK vond dat heel jammer. Er was geen regulier contact tussen Sanasport en het SMC, maar ze zochten ook niet bewust de concurrentie op.

Zorgvragers

De RPCP's in Midden-Nederland, Stedendriehoek en Zuid-Gelderland waren net als de RPCP in de casus over het vraaggestuurde ziekenhuis ondergebracht bij de PPCF-Gelderland. Een beleidsmedewerker van de PPCF gaf aan dat de PPCF eigenlijk een positie had die vergelijkbaar was met die van een individuele patiënt, een afhankelijke positie. Ze probeerden de andere partij te bewegen het eigen handelen te verbeteren, maar waren daarin nog zoekende.

Voor de curatieve sector was de PPCF zijn beleid nog aan het ontwikkelen. Voorheen werden de RPCP's door de provincie gefinancierd die met name bevoegdheden had in de care en welzijn. Sinds drie jaar kregen de RPCP's in het kader van de Meerjarenafspraken zorg ook een landelijke subsidie voor de curatieve sector. De PPCF had een basisdocument opgesteld voor het patiëntenperspectief in de ziekenhuissector en ze waren bezig met de huisartsenzorg. Daarbij zag de PPCF zichzelf als eye-opener, zowel voor de zorgaanbieders als voor de zorgverzekeraars. Ze wezen op de zaken die andere partijen vaak over het hoofd zagen, omdat ze zo voor de hand liggend waren. De PPCF hield zich meer met de algemene zaken bezig. Zodra onderwerpen meer richting een specifieke ziekte gingen, werd er contact opgenomen met een regionale categorale patiëntenorganisatie.

De PPCF had incidenteel contact met de SMK. Met name als ze in concrete projecten participeerden, bijvoorbeeld rondom beleidsontwikkeling of instrumentele ontwikkeling. Zo waren ze bijvoorbeeld door de SMK uitgenodigd om mee te doen aan het stakeholdersoverleg rondom het nieuwe beleidsplan. Daarbij zat iemand van de PPCF en iemand van de reumapatiëntenvereniging om de patiëntenzijde te vertegenwoordigen. Dit was een keuze van de SMK, maar de beleidsmedewerker van de PPCF had vooraf wel contact opgenomen met de vertegenwoordiger van de reumapatiëntenvereniging

om af te stemmen. Er zat ook een vertegenwoordiger van de PPCF in de Patiënten AdviesRaad (PAR) van de SMK.

De PPCF had geen apart structureel contact met specialisten, maar wel contact rondom specifieke projecten.

Met de huisartsen had de PPCF contact op het niveau van de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV). De PPCF had twee keer per jaar bureauoverleg met de RHV, waarbij ze elkaar informeerden en praatten over concrete (kwaliteits)projecten.

Reumapatiëntenvereniging Nijmegen

De reumapatiëntenvereniging Nijmegen zette zich samen met de reumabond in voor de belangenbehartiging van de reumapatiënten op lokaal, regionaal en landelijk niveau. In hun streven de belangen van reumapatiënten te behartigen werkte volgens de vice-voorzitter het aantal leden ook mee. De reumavereniging was een vereniging met bijna 600 leden, waardoor ze voor een grote groep patiënten spraken. Ze waren de laatste jaren ook actief bezig om hun netwerk uit te breiden. De reumapatiëntenvereniging vond dat belangrijk en ze merkten dat er resultaten uit voort kwamen. Het karakter van de patiëntenvereniging was volgens de vice-voorzitter erg veranderd. Van een ontspannings- en lotgenotenvereniging werd het toch steeds meer een belangenbehartiging en soms zelf een pressiegroep.

De reumapatiëntenvereniging zag zichzelf als partner van de aanbieder, maar als het nodig was ook als pressiegroep. De vereniging liet overal waar mogelijk zijn stem horen en nam zoveel mogelijk deel in overlegorganen waar de vereniging iets zou kunnen doen of bereiken.

De reumapatiëntenvereniging Nijmegen had een paar keer per jaar structureel contact met de reuma verpleegkundigen in de SMK. De reumaconsulent vormde de spil tussen de SMK en de reumapatiëntenvereniging. In het overleg werden ontwikkelingen besproken. Ze waren daardoor vaak in een vrij vroeg stadium op de hoogte van ontwikkelingen. Als leden van de reumapatiëntenvereniging ergens tegenaan liepen dan bracht de vereniging dat ook in. De contacten met de specialisten waren ad hoc. Ze betroffen onder andere voorlichting en wederzijds informeren over ontwikkelingen rondom de reumazorg. De vereniging deed vaak een beroep op de specialisten om voorlichting te geven. Het gebeurde ook dat specialisten contact opnamen met de vereniging om dingen te vragen. Zo werd de benadering van patiënten voor onderzoek soms via de patiëntenvereniging geregeld. De voorzitter had ook contact met de manager van het ambulante reumacentrum. Met de Raad van Bestuur van de SMK had de reumapatiëntenvereniging geen structureel overleg, maar contact wanneer het nodig was. De contacten met de Raad van Bestuur werden als goed ervaren.

Er zat ook iemand van het bestuur van de reumapatiëntenvereniging in de PAR van de SMK. De inhoud van de bijeenkomsten van de PAR werden naar het bestuur teruggekoppeld.

De patiëntenvereniging werd ook wel gevraagd om advies bij zorgontwikkelingen. Soms kwam dat contact tot stand op initiatief van de SMK en soms nam de patiëntenvereniging zelf contact op. De contacten werden steeds beter en het was niet zo dat het contact alleen vanuit de patiëntenvereniging werd geïnitieerd. Beide partijen erkende de meerwaarde van de contacten.

Er waren geen patiëntenorganisaties betrokken bij de opzet van het SMC. Enerzijds werd hiervoor als argument aangedragen dat er wel veel overleg was geweest met de betrokken specialisten. Er werd aangegeven dat specialisten ook een beeld hadden van de behoeften van de patiënt en konden aangeven welke programma's aangeboden

konden worden en hoe het SMC moest worden ingericht om aan die behoeften te voldoen. Anderzijds werd aangegeven dat de rol van de patiënten in een latere fase lag, wanneer de diensten beter afgestemd moesten worden. Tevens werd aangegeven dat wanneer het SMC zich niet langer in een pioniersfase bevond en duidelijk was welke doelgroepen structureel gebruik maakten van het SMC de betrokkenheid van patiënten explicieter zou worden. Een andere reden die werd genoemd voor de afwezigheid van patiënten in het ontwikkelingsproces, was het feit dat het SMC zich richtte op mensen die willen sporten en daarbij problemen ondervinden. Voor deze mensen waren geen aparte patiëntenorganisaties.

De PPCF gaf aan dat wanneer ze gevraagd zou zijn voor participatie, dat ze er dan wellicht ook niet op in zouden waren gegaan, vanwege het feit dat ze door financiële beperkingen prioriteiten moesten stellen.

Er was wel contact geweest met de reumapatiëntenvereniging, maar dat had te maken met het feit dat ze de ruimte van het SMC wilden gebruiken voor hun themadag. Verder waren ze niet formeel geïnformeerd over het SMC, maar ze hadden het gehoord via hun vertegenwoordiging in de PAR van de SMK.

Het SMC wilde wel producten gaan ontwikkelen voor reumapatiënten en postoperatieve patiënten, en daarbij werd het wel als logische stap gezien om met de reumapatiëntenvereniging te gaan praten. Daarbij werd wel aangegeven dat ze eerst zouden gaan praten met de specialisten van de SMK, om te vragen waar zij behoeften aan hadden. Dit werd enerzijds gedaan omdat de specialisten uiteindelijk moeten verwijzen naar het SMC en anderzijds omdat het SMC voor een deel was voortgekomen uit een behoefte om de SMK te bedienen. Dit betekende overigens niet dat het SMC de specialisten als klant zag. De patiënt was de klant en de specialist de verwijzer.

Zorgverzekeraars

De SMK had met name veel te maken met VGZ en CZ als grote regionale zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zagen voor zichzelf enerzijds een rol weggelegd als regisseur en stimulator van zorgvernieuwingen en anderzijds als gids voor hun verzekerden. De zorgverzekeraars hadden de goede resultaten van de zorgaanbieders nodig om hun onderscheidend vermogen te vergroten. VGZ gaf in zijn profiel aan dat de core business van de zorgverzekeraar het inkopen en toetsen van alle zorg was, zoals die was vastgelegd in wetgeving en polis. Criteria daarbij waren: voldoende, goed en betaalbaar. VGZ zag zichzelf als een partij die op zoek ging naar de best mogelijke oplossingen voor hun verzekerden. Ze waren ook bereid om in bestaande marktprincipes in te grijpen en die ter discussie te stellen. Ze probeerden ook andersoortige initiatieven te stimuleren. Als aanbieders met iets op de markt kwamen wat interessant was voor hun verzekerden dan was VGZ daar in principe in geïnteresseerd. Op het moment van het onderzoek had VGZ echter in zeer beperkte zin financiële middelen om initiatieven te ondersteunen. De middelen die ze hadden waren direct zorggerelateerd. Dat betekende dat ze niet de mogelijkheid hadden om op projectmatige wijze subsidies te verstrekken.

VGZ wilde tot meer prestatiegerichte afspraken komen met de zorgaanbieders, maar zag daarin geen rol als zaakwaarnemer voor hun verzekerden. VGZ wilde in principe veel verantwoordelijkheid bij de verzekerde zelf leggen. Pas als de verzekerde het echt nodig had, zou VGZ hem ondersteunen.

CZ ging zich steeds meer richten op de rol van gids voor zijn verzekerden. CZ werd bij transmurale projecten in zijn regio's, waar meerdere partijen bij betrokken waren, vaak aangesproken om het project te coördineren en ondersteuning te bieden. Dat was meer dan alleen financiële ondersteuning.

Door de voortschrijdende ontwikkeling van marktwerking op de zorginkoopmarkt, werd de relatie met de zorgverzekeraars steeds belangrijker voor de SMK, aangezien contractering geen vanzelfsprekendheid was. Daarnaast bood contractering en vergoeding door een verzekeraar financiële zekerheid. De SMK had goede relaties met de zorgverzekeraars. CZ en VGZ maakten gezamenlijk afspraken met de zorgaanbieders. Op hoofdlijnen hadden CZ en VGZ dezelfde insteek. Vijfentachtig procent lag vast in de Ziekenfondswet, dus daarin waren ze gelijkgesteld. Het verschil zat in de interpretatie, waar ze feitelijk een gezamenlijk standpunt moesten formuleren richting het ziekenhuis. Daar moesten ze in een soort vooroverleg uit zien te komen en naar het ziekenhuis overbrengen. Als ze daar niet uitkwamen dan bestond de mogelijkheid dat CZ en VGZ besloten iets apart te financieren. Dat ging dan in eerste instantie via de flexizorg, een initiatiefruimte waarmee een verzekeraar zich kon profileren ten opzichte van andere verzekeraars. VGZ had sinds 2003 meer een eigen lijn gekozen in het contracteerbeleid. Deze lijn was niet strijdig met de overeenkomsten die op landelijk niveau werden gesloten en aangeboden, maar legden wel meer prestatie-eisen vast. Zowel professionele kwaliteit als relationele kwaliteit, zoals informatievoorziening, klanttevredenheid en bejegening. VGZ had dat gedaan, omdat ze dat voor hun eigen verzekerden goed wilden regelen en het was niet iets dat ze vanzelfsprekend wilden afstemmen met CZ.

Bij VGZ bestonden op verschillende niveaus binnen het bedrijf contacten met patiëntenorganisaties. Zowel met de NPCF, als met de RPCP's. Daarnaast had VGZ op het niveau van de verschillende zorgsectoren contact. Binnen de sectoren GGZ, gehandicaptenzorg en Verpleging & Verzorging had VGZ sectoraal te maken met patiënten- en consumentenfederaties en belangenorganisaties. De contacten hadden betrekking op knelpunten die gesignaleerd werden in de praktijk en de wijze waarop deze meegenomen konden worden in de contractafspraken.

CZ had ook contacten met patiëntenorganisaties. CZ wilde in de inkoopcyclus meer rekening houden met de wensen van hun verzekerden en daarover wilde CZ met een patiëntenplatform praten. Ze waren begonnen met diabetes, maar dat liep een beetje stroef, omdat het ten tijde van het onderzoek economisch tegenzat en CZ zich moest bezinnen op zijn kernactiviteiten.

In het werkgebied van de PPCF waren vier marktleiders wat betreft zorgverzekeringen: VGZ, Amicon, AGIS en Salland (Deventer). Met VGZ had de PPCF een convenant afgesloten met betrekking tot een betere vertaling van het patiëntenperspectief in het zorginkoopbeleid. Daarbij zou de PPCF onder andere prestatie-indicatoren formuleren vanuit het patiëntenperspectief. De PPCF had met alle verzekeraars in principe een goed contact. De PPCF had nu meer een adviserende taak richting verzekeraars, maar als de prestatie-indicatoren waren geformuleerd dan kon de PPCF een toetsende rol in gaan vervullen ten opzichte van het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars.

De reumapatiëntenvereniging had geen structureel contact met verzekeraars, maar dat wilde de vereniging uiteindelijk wel. Het probleem was dat er veel ziektekostenverzekeraars waren om contacten mee te onderhouden. De reumapatiëntenvereniging had wel onderhandelingen met zorgverzekeraars rondom de vergoedingen van reumaspecifieke therapieën.

De zorgverzekeraars waren over het SMC geïnformeerd in het beleidsoverleg met de SMK. Het initiatief was vanaf het begin gemeld en de verzekeraars waren structureel op de hoogte gehouden en uitgenodigd. De zorgverzekeraars hadden in principe positief gereageerd. De verzekeraars hadden geen inhoudelijke bijdrage geleverd aan

het SMC. In principe werden er ook geen productieafspraken gemaakt over de producten van het SMC. Mensen hadden op basis van hun polis wel of geen recht op sportfysiotherapie en sportfitness. Het SMC had een erkenning van de federatie van sportmedische instellingen en daardoor werden bepaalde verrichtingen vergoed door verzekeraars. De zorgverzekeraars waren in principe bereid om de consulten bij de sportarts te betalen en nadere afspraken te maken over eventuele betaling van sportfysiotherapeutische activiteiten.

De dagelijks manager van het SMC had contacten met de innovatieafdeling van VGZ om te kijken wat ze voor elkaar konden betekenen. Dat was nog niet uitgemond in daadwerkelijke productieafspraken.

Ook CZ was geïnformeerd over het SMC. Over dat deel van de diensten van het SMC dat buiten de reguliere zorg viel, had CZ aangegeven wat hun vergoedingen waren vanuit de aanvullende verzekering.

7.4 Anderhalflijnzorg

7.4.1 Introductie

In deze laatste casus is gekeken naar twee zelfstandige behandelcentra die waren opgezet om een hiaat tussen de eerste en tweede lijnszorg op te vullen. Door sterk geprotocolleerde zorg aan duidelijk afgebakende doelgroepen aan te bieden, werd getracht op een efficiënte manier zorg te leveren, die tegemoet komt aan een veronderstelde behoefte. Deze casus wordt in dit onderzoek gepresenteerd als een ‘critical case’, omdat de centra zijn opgebouwd rondom duidelijk afgebakende doelgroepen, terwijl de andere casus een meer gevarieerde patiëntengroep bedienen. Daarnaast zijn de centra niet opgezet door reeds opererende (reguliere) zorgaanbieders, maar heeft de casus betrekking op een toetredende zorgaanbieder.

7.4.2 De organisatie

Alant Cardio was het eerste centrum dat Alant Medical opende. Ten tijde van het onderzoek werd het centrum geleid door een algemeen directeur en een medisch directeur (een cardioloog). De zorg werd geleverd door een multidisciplinair team bestaande uit: een psycholoog, een doktersassistente, een sportarts, een cardioloog, een internist, een fysiotherapeut en een diëtist.

Alant Cardio was gericht op mensen met cardiovasculaire aandoeningen of met een verhoogd risico daartoe. De dienstverlening van Alant Cardio omvatte daarnaast arbeidsrelevante cardiovasculaire zorg, screenings- en preventieprogramma's en individuele reïntegratieprogramma's gericht op een spoedige werkhervatting na werkkuitval met een Cardiovasculaire oorzaak.

Alant Cardio legde zich specifiek toe op de diagnosticering en multidisciplinaire behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. In het programma ‘Hart in Zicht’ werden de aanwezige risicofactoren voor hart- en vaatziekten geïnventariseerd.

In het programma ‘Hart Beweegt’ werd een verbetering van de leefstijl nagestreefd. In de eerste drie maanden werd onder begeleiding in groepen gesport en werden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarbij een multidisciplinair team inging op risicofactoren, motivatie, stress, emoties en het belang van voldoende lichaamsbeweging en voeding. Tevens was het mogelijk individueel advies te krijgen van een cardioloog, sportarts, psycholoog of diëtist.

In de daarop volgende stabilisatiefase van drie maanden werden mensen gestimuleerd

om de leefstijladviezen in de dagelijkse praktijk toe te passen en om bewuster met risicofactoren en medicatie om te gaan. Na zes maanden werd het programma afgesloten en volgde een evaluatie van de behaalde resultaten.

Naast dit basisprogramma kon men op indicatie modules volgen gericht op gewichtsvermindering en stoppen met roken.

Bij Alant Cardio werd de zorg geprotocolleerd geleverd, waarbij de veronderstelling was dat geprotocolleerde zorg beter verloopt dan ongeprotocolleerde zorg. Er werd bij Alant geen diepere diagnostiek gedaan. Wanneer dat noodzakelijk bleek te zijn dan werden mensen doorverwezen naar het ziekenhuis.

Alant Vrouw was, als tweede centrum, sinds november 2002 operationeel. Het centrum had net als Alant Cardio een algemeen directeur en een medisch directeur, maar daarnaast ook nog een vestigingsmanager en een assistent-vestigingsmanager.

De zorg werd ook hier geleverd door een multidisciplinair team bestaande uit: twee gynaecologen, een arts-assistent, twee incontinentieverpleegkundigen, twee bekkenbodempfysiotherapeuten, een menopauze arts, een psycholoog-psychotherapeut en een seksuoloog.

Alant Vrouw richtte zich op vrouwen met bekkenbodemp Problemen en vrouwen in de overgang met de volgende klachten: urineverlies, pijn bij het plassen; een moeizame stoelgang; vaginale verzakking; overgangsklachten; een overactieve blaas, terugkerende blaasontsteking; ontlastingverlies en pijn bij het vrijen.

De onderzoeks- en behandelprogramma's van Alant Vrouw waren opgezet rond de meest voorkomende bekkenbodempklachten en overgangsklachten. Ze bestonden uit enkele bezoeken aan de medisch specialist (onderzoek en diagnose), de behandeling zelf en de rapportage en nazorg. Bij Alant Vrouw werden de volgende programma's aangeboden:

- Ongewenst urine verlies;
- De overactieve blaas;
- Pijn bij het plassen;
- Terugkerende blaasontstekingen;
- Moeizame stoelgang;
- Ongewenst ontlasting verlies;
- Vaginale verzakking;
- De overgang en menopauze;
- Botontkalking en de menopauze;
- Pijn bij seks.

Veel medewerkers van Alant Cardio en Alant Vrouw hadden een parttime aanstelling en hadden daarnaast een aanstelling bij een ziekenhuis of een eigen praktijk. Zo hadden de medisch directeur van Alant Vrouw en de andere cardioloog die werkzaam waren bij Alant Vrouw was ook nog gedeeltelijk een aanstelling bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), net als een van de incontinentieverpleegkundigen. De internist bij Alant Cardio was gedetacheerd vanuit het VU Medisch centrum (VUMC). De algemeen directeurs van Alant Cardio en Alant Vrouw maakten onderdeel uit van de directie van Alant Medical, de overkoepelende organisatie die de centra exploiteert.

7.4.3 De ontwikkeling van anderhalffijnzorg

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding

Alant Medical was een concept dat al langer in het hoofd van de initiatiefnemer speelde. De initiatiefnemer was begin jaren negentig met het idee gekomen en had er met veel partijen over gesproken. Op een gegeven moment heeft de initiatiefnemer een bedrijfsplan geschreven en is hij daarmee naar een zorgverzekeraar gestapt. De initiatiefnemer had reeds meerdere organisaties, zoals een adviesbureau en een softwarebedrijf. Al deze initiatieven waren een voortvloeisel van hetzelfde principe: op een creatieve manier naar de zorgmarkt kijken, durven te investeren in belangrijke ontwikkelingen en dat uitbouwen.

De keuze voor de twee doelgroepen waar een centrum voor was opgezet was gebaseerd op het type zorg dat binnen het concept paste en de aanwezigheid van goede samenwerkingspartners rondom die doelgroep. Daarnaast had Alant Medical een lijst van doelgroepen waar ze wat mee wilde doen.

Alant Cardio was voortgekomen uit het idee van de initiatiefnemer van Alant Medical en een cardioloog die het een uitdaging vond om nieuwe dingen te initiëren. De cardioloog had in haar voorgaande werk gezien dat er veel dingen bewezen effectief werkten, maar dat die ontwikkelingen het klinisch handelen nauwelijks beïnvloed hadden. Er was veel wetenschappelijk bewijs voor het goed behandelen van hoge bloeddruk en cholesterol, maar het duurde heel lang voordat dit echt geïmplementeerd werd in de zorg. Daarbij had de leefstijlverandering amper handen en voeten gekregen. De cardioloog was er van overtuigd dat de zorg die werd geboden in Alant Cardio cardiovasculaire zorg was waar een grote behoefte aan was. De cardioloog had eerst gekeken of het vanuit het academisch ziekenhuis opgezet kon worden, maar daarvoor was het niet hightech genoeg.

Alant Vrouw was voortgekomen uit een ontwikkelingstraject dat was gestart in het UMCU. Bij de specialisten in het UMCU speelde al langer het idee om de bekkenbodembzorg in een breder kader op te zetten. Een promotieonderzoek had namelijk inzicht gegeven in de hoge prevalentie van allerlei bekkenbodembstoornissen. Veel vrouwen ervaarden daar hinder van, maar weinig vrouwen zochten hulp. In het UMCU was toen een start gemaakt met de ontwikkeling van deze zorg, maar er werd gezocht naar een manier om dat groter aan te pakken.

Toen het UMCU vanuit financieel oogpunt keuzes moest maken met betrekking tot de speerpunten van het medisch centrum, viel de ontwikkeling van de bekkenbodembzorg daar niet onder. Er waren toen al informele gesprekken tussen de directeur van Alant Medical en een hoogleraar gynaecologie van het UMCU. De huidige algemeen directeurs van Alant Vrouw en Alant Cardio werden er bij gehaald om als deskundigen om de tafel te gaan zitten en het idee verder te ontwikkelen.

Doelstelling

Alant Medical had als doelstelling om op nationale schaal medische centra te exploiteren. Deze medische centra kenmerken zich door hun gerichtheid op doelgroepen en hun positionering ‘tussen’ de huisarts en het ziekenhuis in. Daarbij wordt gestreefd naar een intensieve samenwerking met lokale zorgaanbieders teneinde kapitaal vernietiging en duplicatie van investeringen te voorkomen.

Naast het leveren van hoogwaardige integrale zorg, werd ook veel aandacht geschonken aan de efficiëntie en klantvriendelijkheid van de zorg. Voor de medisch directeuren van zowel Alant Cardio en Alant Vrouw waren vooral de zorginhoudelijke doelstellingen van doorslaggevend belang. Bij Alant Cardio was dat met name het veranderen van de leefstijl van mensen en de wijze waarop zij met hun gezondheids-toestand omgaan. Bij Alant Vrouw was het met name de tijd en aandacht voor de patiënt.

Vormgeving

Alant Medical BV was in 2001 opgericht. Het Alant concept dat de basis vormde van elk centrum was op de volgende uitgangspunten gebaseerd:

Hoge efficiency door nationale toepassing protocollen en logistieke systemen:

Door de toepassing van uniforme op de 'evidence' gebaseerde protocollen op nationale schaal kunnen belangrijke efficiencywinsten bereikt worden. Dit kan onder andere bereikt worden door een benchmarkingssysteem; door opleidingsprogramma's voor goedkoper, lager geschoold personeel ter ondersteuning van de medisch specialisten en door het opzetten van een krachtig managementinformatiesysteem.

Ontwikkeling tot 'total service' aanbieder: Alant streeft er naar om voor zorgverzekeraars een inhoudelijke contractpartij te worden voor totale zorgpakketten. In een dergelijk model speelt Alant de rol van hoofdaannemer voor chronische zorg voor specifieke doelgroepen. Alant levert dan niet alle zorg zelf, maar sluit overeenkomsten met de regionale aanbieders (huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg) om die zorg conform de overeengekomen kwaliteitsnormen aan te bieden.

Heldere kwaliteitscriteria, de registratie en communicatie daarvan: Alant is zeer actief betrokken bij de ontwikkeling van goede en voor de leek begrijpelijke kwaliteitscriteria. Enerzijds zijn deze kwaliteitscriteria noodzakelijk om te komen tot contractonderhandelingen met zorgverzekeraars over het eerder genoemde 'total service' concept, anderzijds zullen deze criteria een grote rol spelen bij de communicatie naar potentiële klanten.

Nationale ontwikkeling van de merknaam 'Alant' (introductie Alant Medical):

Alant moet staan voor: laagdrempelige, servicegerichte zorg.

Alant Medical richtte zich op patiënten die ofwel uit eigen initiatief komen, ofwel door huisarts of specialist worden doorverwezen voor onderzoek en therapie. De doelgroepcentra waren om de medische vraag geformeerd. Bij Alant Medical stond het zorgproces en het ontwerp van dit proces centraal. De context (artsen, gebouwen) werd daaromheen georganiseerd. Daarbij zocht Alant Medical ook expliciet samenwerking met, vooral, academische en semi-academische ziekenhuizen. Waarbij Alant de meer eenvoudige 'HEMA-zorg' deed en de ziekenhuizen de meer complexe 'Bijenkorf-zorg'. Alant koos hier enerzijds voor om zo gebruik te maken van reeds bestaande capaciteiten. Anderzijds was het sociaal-maatschappelijk gezien ook gewenst om met bestaande zorgaanbieders samen te werken. Daarnaast was het vanuit de Wet Ziekenhuisvoorzieningen ook verplicht.

Alant wilde de zorg klantgericht organiseren met de wens van de patiënt als uitgangspunt. Omdat de centra financieel afhankelijk waren van verzekeraars en patiënten waren ze gemotiveerd om resultaten te tonen.

De initiatiefnemer van Alant Medical verstond onder 'vraaggestuurde zorg' fatsoenlijk organiseren. Vraaggestuurde zorg was volgens hem een non-fenomeen, net als maatschappelijk ondernemen. "Alle ondernemingen zijn maatschappelijk, waren ze dat niet dan zouden ze niet overleven, omdat ze dan werden geboycot." De initiatief-

nemer vond het begrip ‘vraaggestuurde zorg’ een ‘gedrocht’ en hij gaf de voorkeur aan keuzevrijheid in de zorg. Alant Medical was dan ook in zijn opzet marktgeoriënteerd. Ze hadden daarin echter wel concessies moeten doen, zoals bij de manier van financieren. Met name bij Alant Vrouw zouden ze veel meer producten en diensten willen aanbieden, alleen lag dat te veel buiten het financieringsmodel. Ze deden toch in eerste instantie die dingen waar ze een vergoeding voor kregen. Derde compartiment producten deden ze bij Alant Medical maar in heel geringe mate. Dat wilden ze overigens wel meer gaan doen. Alant moesten ook concessies doen vanwege het politieke krachtenveld. Zo zorgde de samenwerkingsverbanden met andere zorgpartijen er voor dat Alant rekening moest houden met de belangen van andere partijen bij het initiëren van initiatieven.

Tot slot gaf de initiatiefnemer aan dat klanten zich pas ergens in gaan verdiepen op het moment dat ze ervaren dat het ook relevante consequenties heeft. Transparantie had pas zin als mensen de vrijheid zouden hebben om, op basis van informatie over de kwaliteit van zorg, een keuze voor aanbieders te maken. De initiatiefnemer gaf aan dat het aantal aanbieders in de gezondheidszorg de laatste jaren enorm was afgenomen. Aanbieders onderscheidden zich niet meer van elkaar en op regionaal niveau was er veelal maar één aanbieder. Dat maakte het voor Alant moeilijk om zich te profileren, omdat in een veld waarin partijen absoluut niet gewend waren om te kiezen het heel moeilijk was om een keuze aan te bieden.

Door het gebruik van protocollen probeerde Alant Medical een referentiekader te creëren voor de patiënt, waarop deze zich kan beroepen als hij bij Alant is. Alant gaat er van uit dat wanneer de klant weet wat hij kan verwachten, hij met een andere mentaliteit en gedachtegang naar binnen gaat. Het protocol was als het ware een leidraad en Alant standaardiseerde de zorg en gebruikte die standaardisatie als een soort klantenmanager. Dat betekende niet dat de klanten als robots werden behandelen, maar dat de behoeften van de mensen binnen de gestandaardiseerde kaders tegemoet werden gekomen.

Alant Medical had er voor gekozen om met de klinieken in de reguliere zorg te opereren. Daarvoor was een praktische en een ideële reden. De praktische reden was dat in de reguliere zorg de volumes zaten. In de reguliere zorg gaat het om veel mensen en daarom kon er veel schaalvoordeel worden behaald. De ideële reden was dat de initiatiefnemer ergens in geloofde; Hij was overtuigd van de creativiteit van ondernemerschap en de kwaliteit die ondernemers willen leveren. Volgens de initiatiefnemer waren ondernemers mensen die er veel plezier in scheppen om creatief te zijn binnen de grenzen van het mogelijke. Het was een zeker idealisme dat de initiatiefnemer had en hij wilde het clichébeeld van ondernemers als geldwolven omver gooien.

Alant Vrouw en Alant Cardio waren beide stichtingen die de uitvoering van de zorg hadden uitbesteed aan respectievelijk Alant Vrouw BV en Alant Cardio BV. De BV's konden in principe winst uitkeren aan de aandeelhouders. Bij beide BV's bezat Alant Medical de meerderheid van de aandelen. Bij Alant Vrouw bezat het UMCU 25% van de aandelen. Beide centra waren een Zelfstandige BehandelCentrum (ZBC) en vielen onder de werkingssfeer van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Tevens waren ze vergunningsplichtig in het kader van de Wet ziekenhuisvoorziening (WZV). Voorwaarden voor een WZV vergunning zijn:

- Ondersteuning van een naburig ziekenhuis en zorgverzekeraar;
- Afspraken met een naburig ziekenhuis over calamiteitenregeling, achtervang, verwijzing en Medical audit;
- Inzicht in de organisatorische verbanden.

Alant Cardio werd geleid door een algemeen directeur en een medisch directeur (een cardioloog). De zorg werd geleverd door een multidisciplinair team. Als een patiënt bij Alant Cardio kwam dan kreeg hij eerst een uitgebreide check-up en een uitgebreid gesprek. Daarnaast kreeg men een uitgebreid rapport mee, met een aantal alternatieven, dat Alant Cardio ze kan bieden en wat ze zelf zouden kunnen doen. Op het moment dat er iets afwijkends aan de hand was met een patiënt, werd deze terugverwezen naar de primaire verwijzer.

In 2002 werd Alant Cardio gefinancierd middels een ‘lokale productiegebonden toeslag’. In 2003 middels ‘flexizorg’. Dat was aangemeld via Agis en daar konden andere zorgverzekeraars zich bij aansluiten. De aanvraag van ‘flexizorg-gelden’ ging niet via de regiovertegenwoordiger, maar individueel per zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars haakten af. De betrokkenen gaven aan dat ze dachten dat Alant Cardio het in die zin moeilijker had dan Alant Vrouw, omdat het zorgaanbod van Alant Vrouw helderder was, makkelijker uit te leggen en minder tot discussie leidde wat de noodzakelijkheid van de zorg betreft.

Tot slot vond de financiering van Alant Cardio ook gedeeltelijk plaats vanuit een particuliere financier, te weten Vendex KBB.

Alant Vrouw had, net als Alant Cardio, een algemeen directeur en een medisch directeur, maar daarnaast ook nog een vestigingsmanager en een assistent-vestigingsmanager.

De zorg werd ook hier geleverd door een multidisciplinair team. De cliënt wist bij aanmelding welk traject haar te wachten stond. Het eerste consult vond plaats binnen twee weken na aanmelding. Aanvullende diagnostiek en diagnose/behandelvoorstel vond plaats binnen twee weken na het eerste bezoek. De cliënt werd duidelijk geïnformeerd dat de behandeling gericht was op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Dit impliceert dat bepaalde klachten niet volledig genezen kunnen worden, maar dat de gevolgen ervan voor de kwaliteit van leven wel gereduceerd kunnen worden. Deze vorm van duidelijkheid richting de cliënt stond hoog in het vaandel.

Er was een samenwerkingsovereenkomst met het UMCU voor het verwijzen van vrouwen met bekkenbodemproblematiek. De zorg die in Alant Vrouw werd geleverd werd niet meer in het UMCU geleverd tenzij iemand dat heel specifiek wilde. Dan konden ze ook bij de gynaecoloog terecht in het ziekenhuis, maar dan hadden ze wel te maken met een reguliere wachttijd van drie á vier maanden.

De fysiotherapeutische behandeling van bekkenbodempklachten werden bij Alant Vrouw in het centrum gegeven. De operatieve ingrepen werden in dagbehandeling uitgevoerd in het medisch centrum Berg en Bosch in Bilthoven; patiënten konden dan nog dezelfde dag naar huis. Voor complexere operatieve ingrepen, waarbij een langdurig verblijf noodzakelijk was, maakte Alant Vrouw afspraken met het UMCU of andere regionale ziekenhuizen.

Omdat Alant Vrouw als ZBC geen zorg langer dan 24 uur mocht geven, hadden ze met het UMCU een samenwerkingsovereenkomst waarin stond dat het UMCU het centrum van eerste voorkeur was, wanneer cliënten voor zwaardere operatieve ingrepen werden doorverwezen. Daarbij was de kanttekening geplaatst dat de patiënt het altijd mocht bepalen. Pas als de wachttijd voor de OK langer was dan twee maanden mocht Alant Vrouw ook naar andere partijen doorverwijzen. Alant Vrouw vervulde ook een opleidingsfunctie voor het UMCU (stages en promotieonderzoeken).

De ervaringen die bij Alant Cardio waren opgedaan waren bij Alant Vrouw op

bepaalde punten gebruikt. Zo was hetzelfde format gebruikt voor de structuur, de juridische vorm en de juridische procedures. Ook hanteerde Alant Vrouw een draaiboek waarin alle zaken stonden die geregeld moesten worden voor de opzet en operatie van een dergelijk centrum. Aan de andere kant werden procedures uit Alant Vrouw toegepast in Alant Cardio, bijvoorbeeld het systeem van facturering.

De wijze waarop de zorg werd geleverd was bij Alant Vrouw wel anders dan bij Alant Cardio. Alant Vrouw wilde zich onderscheiden op planbare, electieve zorg. Ze besteedden er veel tijd aan om dat te perfectioneren, nog meer dan bij Alant Cardio, omdat in daar het aantal programma's kleiner was.

Bij Alant Vrouw waren de financiële systematiek en de contracten met de zorgverzekeraars anders dan bij Alant Cardio. Bij Alant Cardio waren ze begonnen met zorgvernieuwingsgelden. Dat werd geregeld met de hoofdverzekeraar in de regio en de regiovertegenwoordiger sloot zich daarbij aan. Bij Alant Vrouw hadden ze met 27 zorgverzekeraars apart contracten afgesloten, waarbij ze met alle ziekenfondsen een schriftelijk contract hadden. Particuliere verzekeraars vroegen niet altijd om een contract.

Proces

Zoals reeds bij de aanleiding was aangegeven was Alant Medical een concept wat al langer in het hoofd van de initiatiefnemer speelde. Uiteindelijk had Alant Medical in een kleine twee jaar twee centra opgezet. De plannen waren veel ambitieuzer, maar bij de uitvoering liep men tegen die traagheid van de sector aan.

Vooralsnog had Alant de ziekenhuizen benaderd voor het samenwerkingstraject, waarbij gebruik was gemaakt van de contacten van de initiatiefnemer. Het was wel zo dat ziekenhuizen actiever bezig waren met organisatorische ontwikkelingen, ook rondom fusies. Dat soort discussies ging steeds meer opkomen en Alant Medical werd soms uitgenodigd om daarin mee te denken. Op het moment dat het leuke initiatieven waren die 'Alant waardig' waren deden ze graag mee, maar dan stelden ze wel hun voorwaarden, want voordat ze de naam Alant ergens op plakten moest het wel aan hun filosofie voldoen.

Ze probeerden bij Alant Medical zoveel mogelijk vanuit het patiëntenperspectief te werken, maar dat betekende niet dat alles werd gedaan wat de patiënt wilde. Alant Medical voerde focusgroepen en tevredenheidsonderzoeken uit om de wensen en behoeften van de klant te inventariseren. Tijdens die focusgroepen praatten ze over verschillende onderwerpen met de patiënt, zoals de manier waarop ze van Alant hadden gehoord en waarom ze naar Alant waren gekomen. Er waren ook focusgroepen uitgevoerd voor de opzet van Alant Cardio. Daarbij bleek echter dat mensen het lastig vonden om zich een beeld te vormen van een situatie die afwijkt van de huidige context.

Alant maakte duidelijk keuzes over wat er wel en niet werd geleverd. De initiatiefnemer was van mening dat hij door zijn jarenlange ervaring, net als andere professionals, goed in staat was om een ontwerp te maken voor het zorgaanbod; om dat vervolgens te gaan toetsen bij patiënten. Hij was van mening dat patiëntenorganisaties onvoldoende inzicht hadden om goed mee te praten in de ontwerpfase. Ook bij de focusgroepen die Alant Medical uitvoerde gaf de initiatiefnemer aan dat het belangrijk was om eerst als organisatie het eigen profiel duidelijk neer te zetten. Wanneer de doelgroep vervolgens aangeeft een product te willen wat buiten dat profiel valt dan moet de organisatie daar een keus in maken.

Bij Alant Cardio hadden de directeur van Alant Medical en de betrokken cardioloog

elkaar opgezocht. Ze kenden elkaar al geruime tijd. Hij wilde graag iets creëren tussen de eerste en tweede lijn en zij wilde graag haar droom verwezenlijken. De cardioloog had voor de inhoud gezorgd en de initiatiefnemer van Alant Medical zorgde voor de contracten met de zorgverzekeraars en de Raden van Bestuur van ziekenhuizen.

De directeur en de cardioloog hadden de programma's van Alant Cardio zelf opgezet. Daarbij waren ze wel continu in overleg met ziekenhuizen/specialisten, huisartsen en patiëntenverenigingen geweest. Er was vooraf geen marktonderzoek uitgevoerd. Alant Cardio wilde ook best aanvullende programma's aanbieden die tegemoet kwamen aan de wensen van andere partijen, maar dan moest daar wel een voldoende grote patiëntenstroom voor zijn, omdat het anders niet aantrekkelijk zou zijn om aan te bieden. Alant Cardio was in redelijk korte tijd opgezet en uiteindelijk in 2001 opgericht. De cardioloog en initiatiefneemster was de strategisch manager. Ze was het gezicht naar buiten toe. Daarnaast was ze de behandelend cardioloog en ze was heel nauw betrokken bij alle facetten van het product.

Alant Cardio was uiteindelijk in Amsterdam gevestigd, omdat daar de benodigde relaties waren opgebouwd, bijvoorbeeld met de regionale zorgverzekeraar (marktleider) Agis.

Eind 2001 was het traject gestart rondom Alant Vrouw. Rond september/oktober waren de eerste gesprekken gevoerd. Januari/februari was toen besloten om het centrum daadwerkelijk op te zetten. Toen was de gynaecoloog ook parttime in dienst gekomen bij Alant. In november 2002 was de zorg van het UMCU overgegaan naar Alant Vrouw.

De betrokkenen van het UMCU hadden op een gegeven moment de initiatiefnemer uitgenodigd om hun ideeën te presenteren en te vragen hij zakelijk heil in het initiatief zag. Vervolgens was de initiatiefnemer met een zakelijk concept gekomen. Dat concept was verder ontwikkeld in nauwe samenwerking met het UMCU.

Na het groene licht van de Raad van Bestuur van het UMCU was het initiatief bij de algemeen directeur van Alant Vrouw en de gynaecoloog terechtgekomen om het verder uit te werken. Daarbij had wel steeds iemand van de Raad van Bestuur als klankbord gefungeerd, omdat er uiteindelijk ook een contract was afgesloten met UMC-holding. De UMC-holding had ook een financiële participatie in Alant Vrouw. Inhoudelijk had de Raad van Bestuur zich er nooit mee bemoeid en ze hadden alleen laten doorberekenen of het ze veel geld zou kosten en of het ze ook wat opleverde.

Nadat het UMCU en Alant Medical overeenstemming hadden bereikt over de uitgangspunten van het behandelcentrum, waren de algemeen directeur en de betrokken specialist op zoek gegaan naar vertegenwoordigers van diverse disciplines die mee konden denken over de invulling van de programma's.

In de opzet van Alant Vrouw waren de volgende stappen doorlopen:

- Opzetten organisatie;
- Ontwikkelen van de programma's;
- Vinden en inrichten van de locatie;
- Aannemen van personeel;
- Wet en regelgeving;
- Aanvraag ZBC vergunning;
- Aanvraag tariefbeschikking (per specialisme);
- Contracten met alle zorgverzekeraars (geen contracteerplicht en geen mandaat voor regiovertegenwoordiger);
- Opzetten facturatie systemen.

Zowel bij Alant Vrouw als bij Alant Cardio waren de programma's opgezet vanuit een specifieke vraag naar zorg. Het was echter bij beide centra zo dat er met name sprake was van een latente zorgvraag. Bij Alant Cardio was er voor stoppen met roken en overgewicht wel een zorgvraag, maar het verminderen van de bloeddruk was geen zorgvraag van de klant. Bij Alant Vrouw was er ook sprake van een populatie met een klacht die niet om hulp vroeg. De gynaecoloog gaf aan dat in eerste instantie, door middel van voorlichtingsavonden, interviews in bladen etc. naar buiten moest worden gebracht dat bepaalde problemen niet gek zijn en dat dan de vraag vanuit de populatie vanzelf zal komen.

Daarbij werd ook aangegeven dat patiënten in de huidige gezondheidszorg niet gewend waren om te kunnen kiezen, omdat daar weinig mogelijkheden toe waren. Alant Medical wilde ze die mogelijkheid bieden. Daarbij was het wel zo dat de centra van Alant een type zorg aanboden, waarbij de zorgvrager ook de tijd en de mogelijkheid had om te kiezen. Alant zou niet snel acute zorg leveren, omdat juist in de electieve zorg, maar ook in de chronische zorg, patiënten vooraf rustig keuzes kunnen maken.

Bij beide centra werd de zorgvrager niet als patiënt benaderd, maar veel meer als partner en als klant. Door behandelende artsen in beide centra werd aangegeven dat ze meer tijd konden besteden aan hun klanten. De patiënt was met name klant in de zin dat ze tijd hadden en begrepen werden. Daarnaast hadden de zorgvragers ook keuzemogelijkheden. Bij Alant Vrouw werd aangegeven dat de programma's wel vaststaand waren, maar dat het wel zo was dat iedereen de vrije keuze had. Alant Vrouw legde wel uit waarom ze bijvoorbeeld vervolgonderzoeken wilde doen, maar een vrouw kon het altijd zeggen wanneer ze dat niet wilde. De invloed van de zorgvrager werd het grootst geacht op het moment dat het behandelingsvoorstel werd gedaan.

Bij beide centra werden patiënten duidelijk aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Het was bij Alant Cardio een bewuste actie om de eigen verantwoordelijkheid bij de patiënt wakker te schudden. Er zijn talloze studies die aangeven dat afvalven of stoppen met roken alleen werkt bij intensieve begeleiding en een stimulerende omgeving. Daarbij moeten de mensen er ook open voor staan. Ook bij Alant Vrouw waren ze bewust bezig met de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in de programma's. Het werd essentieel geacht om in te schatten of een patiënt de motivatie had om het zelf te doen. Dat gaf de gynaecoloog ook mee aan zijn patiënten.

Daarbij moet overigens worden aangegeven dat bij beide centra de patiëntengroep redelijk representatief was. De klanten van Alant Vrouw waren volgens de gynaecoloog representatief voor de gemiddelde Vrouw met deze klachten. Ze waren niet extra mondig. Hij zag juist dat er een groep kwam die minder mondig was dan de patiënten in het ziekenhuis, omdat Alant Vrouw een andere, meer persoonlijke uitstraling had.

Bij beide centra was geen marktonderzoek uitgevoerd. Bij Alant Cardio was bewust geen marktonderzoek gedaan. Allereerst hadden ze het centrum in een jaar tijd opgezet en dat was een hele korte tijd. Daarnaast vonden ze het doen van marktonderzoek niet nodig en ook de financierder vond het niet nodig. Ze hadden op basis van de beleidsmatige argumenten veel steun ervaren van zorgcollega's voor het concept. Bij Alant Vrouw had de medisch directeur een promotieonderzoek gedaan naar bekkenbodemplachten en kwaliteit van leven bij volwassen vrouwen. De uitkomsten van dit onderzoek hadden ze gebruikt als een soort marktonderzoek.

Bij beide centra werden wel tevredenheidsonderzoeken en evaluaties uitgevoerd. De gynaecoloog dacht ook wel dat het tevredenheidsonderzoek een vast onderdeel ging

worden. Bij Alant Vrouw werd ook structureel aan kwaliteitsmeting gedaan. De kwaliteitsborging liep via het UMCU. In het stichtingsbestuur van Alant Vrouw zat een technoloog van het UMCU, een onafhankelijk gynaecoloog, als voorzitter en iemand van Alant Vrouw. Binnen dit team lag ook een opdracht van de kwaliteitscontrole van het programma's, omdat de stichting uiteindelijk verantwoordelijk was voor wat de BV deed.

7.4.4 Externe betrokkenheid

Zorgaanbieders

In de doelstelling van Alant Medical was aangegeven dat voor elk centrum een intensieve samenwerking werd nagestreefd met lokale zorgaanbieders.

Het UMCU was de samenwerkingspartner van Alant Vrouw en het VUMC was de samenwerkingspartner van Alant Cardio.

Omdat Alant Cardio geografisch gezien heel dicht bij het VUMC lag was het logisch om met het VUMC een samenwerkingsverband aan te gaan. Voor de expertise, maar ook om een patiëntenstroom op gang te krijgen.

Voor het VUMC was de samenwerking met Alant Cardio voordelig, omdat Alant Cardio een deel van de chronische zorg voor diabetes type II patiënten, waar het VUMC de capaciteit niet voor had, kon overnemen. Financieel had het ook voordelen, omdat het VUMC dan meer nieuwe patiënten kon opnemen, wat financieel meer opleverde dan chronische patiënten. Tot slot was het ook opleidingstechnisch aantrekkelijker dat er ruimte kwam voor nieuwe patiënten.

Uiteindelijk bleek dat Alant Cardio de chronische zorg niet (geheel) kon overnemen, omdat de verzekeraars niet bereid waren dat te vergoeden. De patiënten volgden nu een programma van zes maanden bij Alant Cardio, wat betekende dat er drie controles van het VUMC waren overgenomen. Een voordeel daarbij was wel dat de patiënten een lifestyle interventie ondergingen.

Er was een overeenkomst tussen Alant Cardio en de afdeling algemene interne geneeskunde van het VUMC. De contacten verliepen via de manager bedrijfsvoering en het betrokken afdelingshoofd. Er was geen rechtstreeks overleg tussen de Raad van Bestuur van het VUMC en Alant Cardio. De Raad van Bestuur had wel zijn akkoord gegeven voor de samenwerking.

De overeenkomst hield in dat de afdeling interne geneeskunde een aantal patiëntenzorgactiviteiten door Alant liet verrichten. Daarnaast waren een internist en een diabetesverpleegkundige gedetacheerd bij Alant Cardio. Het VUMC was verder niet financieel betrokken bij Alant Cardio.

Het eerste contact vond plaats tussen Alant Cardio en een hoogleraar van de afdeling interne geneeskunde. De contacten tussen het VUMC en Alant Cardio verliepen ten tijde van het onderzoek via de gedetacheerde internist. Het afdelingshoofd van de afdeling interne geneeskunde van het VUMC had ongeveer twee keer per jaar contact met de algemeen directeur van Alant Medical en de medische directeur van Alant Cardio. Een enkele keer had hij ook contact met de algemeen directeur van Alant Cardio.

De cardioloog die Alant Cardio mede had opgericht onderhield de contacten met de specialisten, omdat ze zelf ook specialist was. Het contact met de specialisten werd als een belangrijke aanvulling op het contact met het management gezien, omdat uiteindelijk de specialisten zorgden voor de verwijzingen.

Bij Alant Vrouw was het UMCU mede initiatiefnemer. Het UMCU had via de UMC-holding een financieel belang van vijftientig procent in Alant Vrouw. De holding bestond om private initiatieven die vanuit het UMCU worden ondernemen te ondersteunen. In het UMCU was het concept voor de zorg voor bekkenbodempatiëntie ontwikkeld, maar het UMCU had er voor gekozen om zich, vanuit strategische oogpunt, op een aantal kernfuncties te concentreren en wilde aan bekkenbodempatiëntie minder aandacht besteden.

De afdeling gynaecologie had toen contact gezocht met Alant Medical. De Raad van Bestuur was al vrij snel betrokken bij Alant Vrouw, omdat het initiatief (reguliere) zorg zou overnemen van het UMCU. Daarom was het belangrijk dat de Raad van Bestuur snel op de hoogte was van de plannen. Met name de initiatiefnemer van Alant Medical, had in een vroeg stadium gesprekken gevoerd met de Raad van Bestuur. De betrokkenheid van de Raad van Bestuur bestond er vooral uit dat ze geïnformeerd en geraadpleegd werden. Ook moesten de financiële consequenties voor het UMCU van het onttrekken van de bekkenbodempatiëntie worden doorgerekend.

Verder was de samenwerking met Alant Medical met name een initiatief van de afdeling. Uiteindelijk was de relatie op specialistenniveau het sterkst tussen het UMCU en Alant Vrouw. Op managementniveau was er betrokkenheid wanneer dat nodig was.

Er was een samenwerkingsovereenkomst tussen Alant Vrouw en het UMCU over achtervang, kwaliteit, doorverwijzing, opleiding en detachering. Die overeenkomst was aangegaan met de Raad van Bestuur van het UMCU. In de samenwerkingsovereenkomst stond ook een stuk terreinafbakening: Welke patiëntencategorieën het ziekenhuis primair doorverwees, welke procedure er gevolgd werd bij eventuele uitbreiding van het aandachtsgebied of wanneer de partijen uit elkaar zouden gaan. De overeenkomst ging over afbakening en kwaliteit. Daarnaast besprak de overeenkomst de rol van Alant bij de opleiding van de arts-assistenten.

Het UMCU had ook zitting in het stichtingsbestuur van Alant Vrouw. Het stichtingsbestuur bestond uit drie mensen en was onder andere verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Een persoon uit dat bestuur was de voorzitter van de vakgroep gynaecologie van het UMCU. Er was een stichtingsbestuur ingesteld om opleidingen te kunnen verzorgen bij Alant Vrouw.

De hoogleraar gynaecologie die betrokken was bij de samenwerking met Alant was met name faciliterend voor de medisch directeur van Alant Vrouw. Hij had ten tijde van het onderzoek met name contact over in- en uitstroom van assistenten en het opleidingsprogramma. Daarnaast had hij ook veel contact met de onderzoekers die bij Alant Vrouw zaten vanuit het UMCU.

De gynaecoloog die werkzaam was als medisch directeur bij Alant Vrouw was speciaal door het UMCU aangetrokken voor het bekkenbodempatiëntie. Uiteindelijk had hij deze zorg verder uitgewerkt bij Alant Vrouw. De gynaecoloog was nog steeds parttime in dienst bij het UMCU om zijn wetenschappelijk werk voort te kunnen zetten. De gynaecoloog gaf aan dat zijn aanstelling bij het UMCU ook voordelig was voor Alant Vrouw, omdat vrouwen die in het ziekenhuis behandeld moesten worden, door de arts die ze al bij Alant Vrouw hadden gezien geopereerd konden worden.

De voormalig medisch manager van de afdeling gynaecologie was verantwoordelijk voor de contacten met Alant Vrouw. Ten tijde van het onderzoek zat hij nog in het stichtingsbestuur namens de Raad van Bestuur van het UMCU. De algemeen directeur van Alant Vrouw had ook frequent contact met het bedrijfskundige management

van de gynaecologie-afdeling van het UMCU, bijvoorbeeld rondom de assistenten die een deel van hun opleiding bij Alant Vrouw deden.

Al vrij snel nadat de plannen rondom Alant Vrouw serieus waren, zijn de initiatiefnemers langs de ziekenhuizen in de regio gegaan. Van de vier grote ziekenhuizen in de regio, waren er twee heel positief. Eén ziekenhuis was wel positief, maar wilde nog meer overleg en één ziekenhuis was uitgesproken negatief. Dit ziekenhuis zag Alant Vrouw als concurrentie, aldus de initiatiefnemers van Alant Vrouw. Dit werd echter niet uitgesproken. Het ziekenhuis dat negatief was, was niet dichterbij Alant Vrouw gepositioneerd dan andere ziekenhuizen. Er was ook een ziekenhuis heel enthousiast en die verwees actief door naar Alant Vrouw vanwege de wachttijden in de eigen kliniek.

Al naar gelang hoe Alant Vrouw ontvangen was, werden contacten onderhouden, al dan niet door de algemeen directeur of de medische directeur. De medische directeur onderhield vooral de contacten met de specialisten en de algemeen directeur onderhield de contacten met de directie. De algemeen directeur gaf aan dat de contacten zowel met specialisten als met de directie van de ziekenhuizen onderhouden moesten worden, omdat specialisten niet zelfstandig kunnen besluiten zorg af te stoten. Tegelijkertijd werd het belangrijk geacht om de specialisten te betrekken, omdat zij uiteindelijk patiënten verwijzen.

Huisartsen

De huisartsen waren voor Alant noodzakelijke partners vanwege de verwijzingen. Alant had in principe met alle zorgverzekeraars afgesproken dat Alant op indicatie van de huisarts of de specialist werkte. Alant wilde dit zelf ook, omdat ze mensen met serieuze klachten wilden hebben. Daarnaast lieten (potentiële) patiënten zich nog sterk leiden door de huisarts. Alant probeerde met name aansluiting te vinden bij huisartsen door inhoudelijk de discussie aan te gaan. Daarnaast gebruikte Alant nascholing als een manier om bekend te raken onder huisartsen.

Vanuit Alant Cardio werd aangegeven dat het contact met de huisartsen goed was. Ze stuurden elkaar medische informatie en Alant Cardio gaf nascholing aan huisartsen. Ze kregen ook een positieve respons van de huisartsen op hun product en er werd erkend dat er een hele grote groep patiënten behoefte had aan de zorg die Alant aanbod. Aanvankelijk was men zeer gereserveerd door het feit dat het een particulier initiatief was. Dit werd ook door de huisartsen die benaderd waren voor het onderzoek bevestigd. Die negativiteit was gedeeltelijk opgetrokken, maar de huisartsen verwezen nog een relatief klein aantal patiënten.

Er waren geen structurele overlegmomenten met de huisartsen, maar Alant Cardio sprak de huisartsenvereniging regelmatig. De voorzitter van de huisartsenvereniging gaf aan dat Alant Cardio geen aandachtspunt was op verenigingsniveau. Alle huisartsen hebben een brief gekregen en ze hebben er als vereniging een neutrale mening over. De huisartsen zagen Alant Cardio niet als concurrent, maar eerder als samenwerkingspartner. Zo werkten ze bijvoorbeeld samen op het gebied van protocollen. Alant Cardio had ook geen betrekking op een groot deel van het werk van huisartsen. Het functioneren van ziekenhuizen was in die zin veel belangrijker.

Net als bij Alant Cardio werd bij Alant Vrouw aangegeven dat de contacten met de huisartsen goed waren. Op het moment dat Alant Vrouw van start ging was naar alle huisartsen (ongeveer vijf- tot zeshonderd) een brochure gestuurd met informatie en de huisartsen waren ook uitgenodigd om te komen kijken. Alant Vrouw had ook de

resultaten van een tevredenheidsonderzoek en de nieuwe mogelijkheden van verwijzen opgestuurd naar de huisartsen. De medisch directeur had tevens wel telefonisch contact met de huisartsen. Een huisarts gaf aan dat ze regelmatig brochures ontvingen. Alant Vrouw probeerde regelmatig contact te houden met de huisartsen, maar dat was niet goed van de grond gekomen. Alant Vrouw had ook de District Huisartsenvereniging te benaderen, maar had daar nooit mee wat op gehoord. De huisartsen gaven aan dat Alant Vrouw geen aandacht had op verenigingsniveau.

Alant Vrouw had ondertussen wel een aantal vaste verwijzers gekregen onder de huisartsen en de reacties van de individuele huisartsen waren positief.

Alant Vrouw had de huisartsen niet om inhoudelijke input gevraagd. De huisartsen hadden wel duidelijke verwijscriteria van Alant Vrouw gekregen.

Zorgvragers

De centra van Alant Medical hadden actief contact met patiëntenorganisaties. Alant zag patiëntenorganisaties als belangrijk PR-instrument. Met name de grotere categorale patiëntenorganisaties, zoals de diabetesvereniging en de ouderenbonden werden als gesprekspartner gezien. Zo had Alant een keer een presentatie voor de diabetesvereniging gegeven. Alant gaf wel aan dat de patiëntenorganisaties niet konden helpen om het concept van Alant Medical vorm te geven. Daar zag men meer een rol voor de verzekeraar en andere zorgaanbieders weggelegd. Daarnaast werd aangegeven dat de input van het patiëntenperspectief door zo min mogelijk filters moest gaan. Wanneer de consumenten rechtstreeks benaderd konden worden was er sprake van minder informatieverlies. Bij Alant werd daarom het patiëntenperspectief met name meegenomen door marktonderzoek en cliënttevredenheidsonderzoeken te doen. Alant was niet verplicht om een cliëntenraad te hebben, maar ze waren wel bezig met een informele cliëntenraad van oude klanten. Op die manier kon ook de effectiviteit van de programma's op langere termijn bepaald worden.

De centra van Alant Medical onderhielden contacten met categorale patiëntenorganisaties die gericht waren op de doelgroepen die de centra bedienden. In dit kader worden voor Alant Cardio de stichting 'Bloedlink' besproken en voor Alant Vrouw de stichting 'Bekkenbodem patiënten'.

Stichting Bloedlink kende de cardioloog, die mede-initiatiefnemer van Alant Cardio was, al goed. Bloedlink had het initiatief vanaf het begin gesteund, omdat het meer inzicht gaf in preventie. Daarnaast was Alant Cardio een plaats waar mensen met hun (zorg)vragen terecht konden. In het ontwikkelingsproces van Alant Cardio had Stichting Bloedlink informele gesprekken gehad met Alant Cardio. Bloedlink had geen formele rol gespeeld bij Alant Cardio, maar Bloedlink had ook niet meer betrokkenheid bij Alant Cardio willen hebben, mede omdat dat veel tijd zou kosten. Bloedlink was wel een paar keer bij Alant Cardio geweest. Ze hadden ook af en toe contact en Bloedlink kwam de initiatiefnemende cardioloog ook tegen op cardiologiecongressen. Ze wilden gezamenlijk bijeenkomsten gaan organiseren over erfelijke belasting. Bloedlink verwees een enkele keer mensen naar Alant Cardio maar dat gebeurde niet veel. Daarnaast stond Alant Cardio op de website van Bloedlink.

De medisch directeur van Alant Vrouw gaf aan dat er op het terrein van bekkenbodemzorg maar een patiëntenvereniging actief was: Stichting Bekkenbodem patiënten (SBP). Alant Vrouw had al vrij snel contact gezocht met deze patiëntenvereniging en door beide partijen werd het contact goed gevonden. De SBP was niet betrokken bij de opzet van Alant Vrouw, maar dat had SBP ook niet gewild. SBP zag zichzelf als een patiëntenorganisatie en niet als een adviesorgaan voor dergelijke initiatieven. Er

waren wel gesprekken geweest tussen Alant Vrouw en SBP over wat patiënten voor behoeften hadden en wat ze zouden willen. SBP had daarbij wel de indruk gehad dat de betrokken specialisten bij Alant Vrouw zelf ook duidelijk wisten waar de patiënten behoeften aan hadden. Het voorleggen van ideeën door Alant Vrouw was heel summier gebeurd. Het was meer een wederzijdse verkenning van elkaar, dus niet heel diepgaand. De medisch directeur noemde de relatie met SBP ondersteunend. De algemeen directeur gaf aan dat Alant Vrouw open staat voor suggesties en dat ze van iedereen wil horen wat ze van Alant Vrouw vinden. Daarbij was de algemene directeur ook van mening dat de mensen die bij Alant Vrouw werken ook goed moeten weten wat nodig is. Daarnaast zag ze tevredenheidsonderzoeken als een goede bron van informatie. Alant Vrouw stond ook op de website van SBP en ze waren in gesprek over gezamenlijke activiteiten zoals beursdeelname en voorlichtingsavonden. Daarnaast verwees SBP soms mensen naar Alant Vrouw. Er was regelmatig ad hoc contact tussen Alant Vrouw en de SBP. De SBP probeerde naast Alant Vrouw ook contact te zoeken met andere bekkenbodemcentra. Bij Alant Vrouw ging het contact leggen echter wat sneller, mede omdat Alant Vrouw ook gebaat was bij een goede naamsbekendheid. SBP waakte er echter voor dat ze niet te veel aan Alant Vrouw gekoppeld waren, want dat was niet iets wat SBP wilde uitstralen, omdat ze een onafhankelijke patiëntenorganisatie zijn.

Zorgverzekeraars

Ziekenfonds en particuliere verzekeraars vergoedden de behandelingen voor patiënten met een medische indicatie, maar waren verder geen financiers. Agis zorgverzekeringen was als eerste verzekeraar betrokken bij Alant Medical. Agis was marktleider in de regio van Alant Cardio, het eerste centrum, en de betrokkenheid van deze verzekeraar werkte drempelverlagend, ook voor professionals (zowel in ziekenhuizen als huisartsen). Een lid van de Raad van Bestuur van Agis omschreef de rol van Agis bij Alant Medical met name als faciliterend, door de weg vrij te maken en Alant een kans te geven. Daarnaast gaf hij aan dat Agis zelf ook een belang had bij Alant Medical. Er was sprake van wederzijds gewin. Voor Agis leidde het tot een behoorlijke publiciteit, omdat ze met Alant Medical lieten zien dat de zorg ook anders geleverd kon worden. Het feit dat Agis met 1,9 miljoen klanten en voor het merendeel ziekenfondsklanten achter Alant wilde staan, nam de wind uit de zeilen voor de mensen die zeiden dat de zorg die Alant bood alleen voor het bovenste deel van de samenleving was. Agis en Alant probeerden het juist toegankelijk te maken voor de ziekenfondspakketten. Er zat een wederzijds belang in om dat naar voren te brengen.

Alant Cardio was vanuit zorgvernieuwingsgelden opgestart en daarbij was het noodzakelijk voor Alant om Agis als partner te hebben. Alant Cardio werd in 2003 gefinancierd door middel van 'flexizorg' gelden. Daarbij moesten alle zorgverzekeraars die gelden aanvragen. Alant Cardio gaf aan dat de reacties van andere verzekeraars, buiten Agis, omtrent de financiering middels 'flexizorg' afwachtend waren. De verzekeraars waren wel bekend met Alant Cardio, maar beducht voor extra schadelast. Bij Alant Vrouw had Agis dezelfde rol als bij Alant Cardio, in die zin dat Agis als eerste was benaderd. Alant Vrouw had gesprekken gevoerd met Agis over het conceptprogramma. Daar had Agis kritisch naar gekeken en er waren nog wat aanpassingen gedaan, zoals benadrukken dat patiënten alleen terechtkonden met een verwijsbrief. Agis had ook kritisch gekeken naar de inhoud van de programma's en daar een aantal aantekeningen bij gemaakt.

Alant Vrouw had Agis als eerste benaderd, want als deze zorgverzekeraar niet zou willen contracteren dan was het niet rendabel om Alant Vrouw op te starten, omdat

Agis 60% van de regio vertegenwoordigde. Daarnaast had Alant Medical een afspraak met Agis. Alant zette zijn initiatieven eerst in de regio van Agis uit, omdat Alant het voordeel had dat Agis hun initiatieven wilden contracteren. Dit was vooral een ‘gentlemen’s agreement’. Agis wilde ook op hoofdlijnen mee discussiëren over de opzet van de behandelcentra. Andere verzekeraars hadden een standaardcontract voor ZBC’s gebruikt.

Naast Agis had Alant Vrouw nog 26 andere zorgverzekeraars benaderd. De algemeen directeur van Alant Vrouw gaf aan dat van de 26 verzekeraars er nog drie Alant Vrouw niet gecontracteerd hadden. Waarbij het bij één verzekeraar heel duidelijk om de financiën ging. Bij een andere verzekeraar ging het om het feit dat Alant Vrouw niet in de regio van de zorgverzekeraar zat en de zorgverzekeraar het beleid had geen ZBC’s buiten de regio te contracteren. De laatste zorgverzekeraar had geen financieel argument, maar deze gaf aan dat de wachtlijsten voor bekkenbodenzorg binnen de Treeknormen lagen en daarom zagen ze geen noodzaak om Alant Vrouw te contracteren. De algemeen directeur gaf aan dat ze wel merkte dat de meeste zorgverzekeraars meer wilden innoveren en nieuwe zorg voor hun klanten wilden contracteren, waardoor de verzekerden snel en prettig geholpen worden.

Bedrijfseconomisch gezien hadden de verzekeraars geen inspraak, maar ook geen enkel belang, omdat Alant altijd gebonden was aan maximum tarieven. Daarin verschilden ze niet van andere partijen. Het enige verschil was dat Alant Vrouw niet gebudgetteerd was, dus als zij opeens 4000 patiënten zouden krijgen dan moest Agis ook meer betalen. Het feit dat Alant Medical een particuliere marktpartij was, zorgde er wel voor dat de zorginkoper en medisch adviseur van de zorgverzekeraars extra kritisch waren.

Het feit dat Alant Vrouw een stuk zorg overnam van het UMCU had ook discussies opgeleverd. Er waren zorgverzekeraars die aangaven dat ze het UMCU al hadden gecontracteerd en dat het UMCU dus niet kon zeggen dat ze geen bekkenbodenzorg meer konden leveren. Een verzekeraar had aangegeven Alant Vrouw niet ook nog eens te willen betalen, omdat ze anders dubbel zorg zouden inkopen. Daarom deed het UMCU af en toe nog een intake en een urodynamisch onderzoek.

Retailbedrijf

Vendex KBB, een groot non-food retailbedrijf, was betrokken geraakt bij Alant Medical doordat de initiatiefnemer van Alant Medical contact had opgenomen met Vendex KBB om het plan te laten zien en om te vragen of Vendex KBB wilde participeren. Uiteindelijk had Vendex KBB besloten om te participeren, met name om retail kennis in te brengen. Vendex KBB vond een sterk punt van het concept dat de consument centraal stond, dat er sterk vanuit de vraag van de consument werd geredeneerd en niet vanuit de instituties. De woordvoerder van Vendex KBB gaf in een artikel aan: “We vinden het gewoon een leuk en interessant initiatief en daarom steken we er wat venture kapitaal in.” Vendex KBB had een minderheidsbelang in Alant Medical dat op termijn op zou lopen naar 20 procent. Vendex KBB hoefde niet op korte termijn rendement te hebben, maar wilde juist expertise inbrengen om daar op langere termijn rendement uit te halen.

Alant Medical had bij verschillende werkmaatschappijen van Vendex KBB expertise gehaald. Alant Medical en Vendex KBB hadden vele malen bij elkaar gezeten met de expertise die bij Vendex in huis was, om uit te werken wat ze precies aan de klant wilden overbrengen, wat precies de positionering moest zijn en hoe dat aan de consument kon worden overgebracht. Het waren brainstormsessies waarbij Vendex KBB en Alant Medical een gelijkwaardige input hadden. Het eigen belang van Vendex om

in Alant te participeren was dat Vendex KBB geloofde dat het in de toekomst een ontwikkeling kon zijn waar een grote markt voor zou zijn. Het was ten tijde van het onderzoek niet zo dat Vendex KBB zelf plannen had om zelf meer actief in de zorgmarkt te gaan ondernemen.

In het begin was Vendex redelijk intensief betrokken bij Alant Medical. Vendex was bij elk nieuw initiatief van Alant Medical betrokken en ze dachten overal actief aan mee.

Het aantal contacten wisselde sterk. Op expertiseniveau was er zoveel contact als nodig was, als het over operationele kennis ging. Daarnaast was er structureel tweemaandelijks overleg, waarbij de stand van zaken werd doorgenomen.

8 Vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg

8.1 Inleiding

De casus, zoals besproken in hoofdstuk zes en zeven hebben een beeld geschetst van de dynamiek in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg en de wijze waarop vraagsturing daarin vorm en betekenis krijgt. Deze casestudies vormden het tweede deel van het empirisch onderzoek. Het eerste deel van het empirisch onderzoek bestond uit een verkenning van het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg. In de gezondheidszorg, een sector met een sterk publiek karakter, heeft het overheidsbeleid een structurerende werking op het handelen van de actoren. In hoofdstuk vijf is het gezondheidszorgbeleid beschreven en geconfronteerd met de drie perspectieven op vraagsturing. Daaruit is gebleken dat alledrie de perspectieven kunnen worden herkend in het overheidsbeleid. De doelstellingen van het (patiënten- en consumenten) beleid zijn geformuleerd vanuit het zorginhoudelijke perspectief. Het economische perspectief vormt de basis van de modernisering van het overheidsbeleid, waarin liberalisering een centraal thema is. Het participatie perspectief is terug te vinden in de wijze waarop publieke belangen worden geborgen en marktimperfecties worden opgevangen.

In het overheidsbeleid bevinden zich echter ook potentiële spanningsvelden. Actoren worden op verschillende rollen aangesproken, wat kan leiden tot conflicterende belangen. De tussentijdse evaluaties van (aspecten van) het overheidsbeleid laten zien dat het overheidsbeleid niet één op één kan worden overgenomen door het veld. Overheidsmaatregelen worden geïnterpreteerd binnen en (gedeeltelijk) geabsorbeerd door de bestaande verhoudingen tussen de veldpartijen. De vraag is of dit ook betekent dat vraagsturing in de praktijk van de gezondheidszorg uiteindelijk niet de betekenis krijgt zoals uitgewerkt in het overheidsbeleid? Hoofdstuk twee heeft in ieder geval laten zien dat in het debat een grote variatie aan definities van en opvattingen over vraagsturing bestaat. In dit hoofdstuk zullen de vijf bestudeerde casus nader worden verkend om een beter inzicht te krijgen in de wijze waarop vraagsturing vorm en betekenis krijgt in de praktijk van de gezondheidszorg. Deze analyse bestaat uit twee delen.

Allereerst zullen de vijf casus worden gepositioneerd ten opzichte van de drie perspectieven. In het tweede deel van de analyse zal aan de hand van de (potentieel) beïnvloedende factoren die in hoofdstuk vier zijn onderscheiden een nadere analyse plaatsvinden van de context van de vijf zorgvernieuwingstrajecten. Dit zal leiden tot een beter inzicht in de processen die uiteindelijk hebben geleid tot de vormgeving en betekenisgeving van vraagsturing, zoals dat heeft plaatsgevonden in de vijf casus.

De volgende (potentieel) beïnvloedende factoren zijn in hoofdstuk vier onderscheiden:

- De kenmerken van het primaire proces;
- De kenmerken van de omgeving waarin de handelende actor zich bevindt. Deze omgeving is nader gespecificeerd aan de hand van:
 - De institutionele context;
 - Interorganisatiele afhankelijkheidsrelaties.
- Het strategisch handelen van actoren.

8.2 Vraagsturing in de praktijk

8.2.1 Introductie

Op basis van een verkenning van het debat over vraagsturing zijn drie perspectieven onderscheiden: het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief. De drie perspectieven vormen een kader waarbinnen verschillende meningen over en interpretaties en vormgeving van vraagsturing kunnen worden geplaatst. Hierdoor kan meer eenduidige over het concept vraagsturing worden gesproken. In deze paragraaf zal elke casus worden gepositioneerd ten opzichte van de drie perspectieven op vraagsturing. Daarbij zal een onderscheid worden gemaakt naar de wijze waarop over vraagsturing wordt gesproken en geschreven (retoriek) en de wijze waarop in de praktijk vorm wordt gegeven aan (de deelaspecten van) vraagsturing.

8.2.2 Retoriek

In de verscheidene beleids- en visiedocumenten die in de vijf casestudies zijn bestudeerd werden verschillende begrippen gehanteerd die in meerdere of mindere directe mate gerelateerd waren aan vraagsturing. In de casus 'Verzorgingshuishouding aan huis' werden begrippen als belevingsgericht, vraagsturing en vraaggerichtheid gebruikt om de karakteristieken van verzorgingshuishouding aan huis (VAH) te omschrijven. In deze casus had ook een expliciete discussie plaatsgevonden over de betekenis van het begrip vraagsturing voor het verzorgingshuis. Uiteindelijk was er voor gekozen was om in plaats van vraagsturing het begrip cliëntgestuurd te hanteren, om de centrale positie van de cliënt te benadrukken. Vraaggestuurd werd daarin te verwarrend gevonden, omdat dat ook betrekking zou kunnen hebben op het sturen van de vraag door het aanbod. In de casus 'Particuliere thuiszorg' werd gesproken over een klantgerichte instelling. In de casus 'Vraaggestuurd ziekenhuis' werd expliciet gesproken over vraaggestuurde zorg. In deze casus was, in tegenstelling tot het verzorgingshuis in de casus 'Verzorgingshuishouding aan huis', juist een duidelijke keuze gemaakt om een discussie over definiëring achterwege te laten. Dit om het interne draagvlak voor het project omtrent de organisatiehervorming te waarborgen.

In de casus 'Het sportmedisch centrum' en de casus 'Anderhalflijnzorg' werd meer gesproken over een doelgroepgericht, totaal zorgaanbod. Bij de casus 'Anderhalflijnzorg' werden daarbij ook termen gehanteerd als doelgroepgerichte zorg, servicegerichte zorg en klantgerichte zorg. Het sportmedisch centrum viel onder het stramien van de specialistische kliniek waar het een expliciete doelstelling was om de zorg af te stemmen op de zorgbehoefte van de patiënt. Daarnaast werd zowel bij de kliniek als het sportmedisch centrum expliciet gesproken over 'goed patiëntschap', ofwel de verantwoordelijkheden van de patiënt binnen het zorgverleningsproces.

De begrippen die in de documenten werden gebruikt, werden zelden toegelicht. Daardoor leek het zo te zijn dat de begrippen ondoordacht werden gebruikt en vooral gehanteerd werden om aan te sluiten bij de huidige retoriek in de gezondheidszorg ter legitimering van het eigen handelen. Uit de gesprekken met de respondenten bleek echter wel dat iedereen meer of minder expliciete ideeën en percepties had over het concept vraagsturing, maar in geen van de casus was sprake van een algemeen bekende, organisatiebreed gedragen definitie.

Het concept vraagsturing werd in de casus met name benaderd vanuit een economisch perspectief en een zorginhoudelijk perspectief. Het economische perspectief heeft

met name betrekking op een externe oriëntatie van de zorgaanbieders. Het betreft een positionering ten opzichte van zorgvragers en andere (concurrerende) zorgaanbieders. Het economische perspectief kwam in de casus tot uiting in de aandacht voor keuzemogelijkheden van de zorgvrager, zowel qua zorgproduct als zorgaanbieder. Tevens kwam dit perspectief naar voren in de aandacht voor een efficiënte en transparante bedrijfsvoering om zich als zorgaanbieder te profileren ten opzichte van andere zorgaanbieders.

In het economische perspectief staat marktwerking als coördinatiemechanisme centraal. Concurrentie tussen aanbieders creëert keuzemogelijkheden voor de consument die in alle vrijheid gebruik mag en kan maken van de exit-optie. In de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' spraken zowel het verzorgingshuis als de thuiszorgorganisatie over de mogelijkheden van de cliënt om te kunnen kiezen. Dit werd wel binnen het eigen zorgaanbod gesitueerd. Bij de casus 'Particuliere thuiszorg', 'Vraaggestuurd ziekenhuis', 'Het sportmedisch centrum' en 'Anderhalflijnzorg' werd veel meer gesproken over keuzevrijheid tussen aanbieders, waarbij de betreffende zorgaanbieders zichzelf in een concurrerende context positioneerden. Met name bij de casus 'Het sportmedisch centrum', de casus 'Anderhalflijnzorg' en de casus 'Particuliere thuiszorg' werd aangegeven dat de zorgaanbieders een aanvulling op c.q. verbetering van de bestaande zorg vormden en daarmee de keuzemogelijkheden van de cliënt in de gezondheidszorg vergrootten.

Naast de keuzemogelijkheden voor de zorgvrager werd er ook gesproken over het efficiënter organiseren van het bedrijfsproces. Zowel in de casus 'Particuliere thuiszorg' als in de casus 'Anderhalflijnzorg' was er sprake van grote aandacht voor de efficiëntie van bedrijfsprocessen. Voor de zorgaanbieder in de casus 'Anderhalflijnzorg' was een efficiënte bedrijfsvoering van belang, omdat de zelfstandige behandelcentra alleen de variabele kosten vergoed kregen. Daarnaast bood een efficiënte bedrijfsvoering richting de zorgverzekeraars een concurrentievoordeel ten opzichte van reguliere zorgaanbieders. In de casus 'Particuliere thuiszorg' had de zorgaanbieder geen AWBZ-erkenning en werd hij dus niet gecontracteerd door het zorgkantoor. Daarom had de particuliere thuiszorgorganisatie minder financiële zekerheid. Daarnaast bestond er een directe betaalrelatie met de budgethoudende zorgvragers. Door een efficiënte bedrijfsvoering kon de zorgaanbieder de zorg goedkoper aan de budgethouder aanbieden. In de casus 'Vraaggestuurd ziekenhuis' was de basis van het organisatieontwikkelingstraject een vierstromenmodel dat moest leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering. Vraagsturing werd ook in deze casus gedefinieerd in het kader van efficiëntie en effectiviteit. In andere casus werd de efficiëntie van de organisatie minder expliciet benoemd, maar werd wel aangegeven dat het tegemoetkomen aan de wensen van de patiënt c.q. cliënt plaatsvond binnen de (financiële) capaciteiten van de organisatie.

De directe betaalrelatie tussen de aanbieder en de zorgvrager zorgde er ook voor dat de particuliere thuiszorgorganisatie wilde inspelen op de wensen en behoeften die door de budgethouder werden geuit. De economische benadering gaat uit van een marktevenwicht dat wordt behaald door een afstemming tussen vraag en aanbod. Daarbij wordt verondersteld dat er sprake is van een expliciet geuite vraag. In de casus werden echter ook zorgvernieuwingstrajecten opgezet op basis van een veronderstelde vraag naar het zorgproduct. Zowel bij de casus 'Anderhalflijnzorg' als de casus 'Het sportmedisch centrum' had vooraf geen marktonderzoek plaatsgevonden om een eventueel bestaande vraag te inventariseren, maar was op basis van eerdere inzichten uit onderzoek en dagelijkse ervaringen van medische specialisten een latente vraag verondersteld.

Het participatie perspectief werd in de casus niet gebruikt om het concept vraagsturing te duiden. Binnen dit perspectief wordt de voice-optie uitgewerkt als instrument voor de zorgvrager om invloed uit te oefenen op de organisatie van de zorgverlening. Daarnaast geeft de voice-optie de zorgvrager de mogelijkheid om vorm te geven aan zijn verantwoordelijkheid om verantwoord gebruik te maken van publieke middelen. De kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' benoemde medezeggenschap van cliënten wel expliciet als instrument om het patiëntenperspectief in te brengen. Deze kliniek was dan ook de eerste zorgaanbieder met een experimentele cliëntenraad. Bij het verzorgingshuis in de casus 'Verzorgingshuiszorg Aan Huis' (VAH) werd ook expliciet gesproken over medezeggenschap en betrokkenheid van de cliënten. In de uitwerking van VAH vond dit, net als bij de casus 'Particuliere thuiszorg', echter meer plaats op individueel niveau en kon het daardoor beter geplaatst worden in het zorginhoudelijke perspectief.

Net als het economische perspectief (maar in tegenstelling tot het participatie perspectief) is ook het zorginhoudelijke perspectief in de retoriek van elke casus terug te vinden. Het zorginhoudelijke perspectief wordt gebruikt om de rol c.q. positie van de zorgvrager binnen het zorgverleningsproces te benoemen. Een van de aspecten die hierbij worden besproken, is de zeggenschapsverdeling tussen de hulpverlener en de zorgvrager. In het zorginhoudelijke perspectief neemt het shared-decision-making model een centrale plaats in. Binnen dit model gaan de hulpverlener en de zorgvrager een partnerschap aan, waarbij ze in samenspraak komen tot een behandelplan. Daarbij hebben beide partijen verantwoordelijkheden ten opzichte van elkaar. De zorgverlener moet zich inspannen om de zorgvrager zoveel mogelijk te ondersteunen en de zorgvrager moet zich inspannen om zich zoveel mogelijk in te zetten voor de behandeling. In de casus die gepositioneerd zijn in de curatieve sector werd duidelijk gekozen voor behoud van zeggenschap van de professionals. Met name in de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' en de casus 'Het sportmedisch Centrum' werd gesproken over de afstemming tussen de professionele autonomie en de persoonlijke autonomie van de cliënt. Bij 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' werd expliciet aangegeven dat er sprake was van erkenning van de autonomie van zowel de klant als de medewerker. In de langdurige zorg (verzorgingshuiszorg aan huis en particuliere thuiszorg) werd de regie expliciet bij de zorgvrager gelegd om zelf vorm te geven aan het zorgverleningsproces.

Bij twee casus werd ook gesproken in termen van eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager. In de casus 'Anderhalflijnzorg' werd duidelijk aangegeven dat de zorgvrager wel commitment moest hebben om zich in te zetten voor de behandeling, omdat deze anders minder effectief zou zijn. Bij de casus 'Het sportmedisch centrum' werd ook gesproken over 'goed patiëntschap', ofwel de verantwoordelijkheden van de patiënt binnen het zorgverleningsproces. Daarnaast werd in de kliniek waar het sportmedisch centrum organisatorisch was ondergebracht gesproken over de patiënt als partner. Daarbij werd wel aangegeven dat dit verschilde per vorm van zorgverlening. Partnerschap stond vooral centraal bij de langdurige zorg, zoals reuma en revalidatie. In het sportmedisch centrum stond ook de zorginhoudelijke afstemming van het aanbod centraal. Het centrum was gericht op een betere afstemming van het aanbod op de 'needs' en 'wants' van de klant.

Bij 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' werd gesproken over onzekerheidsreductie bij de patiënt als belangrijk aspect van de zorg. Het was een aandachtspunt om de patiënt zo snel mogelijk te informeren over zijn situatie en de behandelmogelijkheden.

8.2.3 Vormgeving van vraagsturing in de praktijk

De wijze waarop in de casus werd gesproken en geschreven over zorgvernieuwings-trajecten en vraagsturing was veelal een combinatie van verwachtingen, visies en ambities. De werkelijkheid was echter vaak grimmig en onderhevig aan allerlei (onverwachte) invloeden en ontwikkelingen. Daarom kon de vormgeving van zorgvernieuwingen én vraagsturing in de praktijk afwijken van de plannen en visies. In deze subparagraaf zullen de feitelijke vormgeving van de zorgvernieuwingsprojecten en de wijze waarop vraagsturing daarin betekenis kreeg worden gepositioneerd ten opzichte van de drie perspectieven op vraagsturing.

De wijze waarop de zorgvernieuwingstrajecten in de casus vorm kregen kan uiteindelijk niet volledig in een van de drie perspectieven geplaatst worden. In de retoriek werd sterk vanuit het economische en het zorginhoudelijke perspectief geredeneerd en was het participatie perspectief slechts marginaal aanwezig. In de praktijk leken de drie perspectieven echter veel meer gelijk vertegenwoordigd te zijn.

Het economische perspectief op vraagsturing is gebaseerd op het idee van marktwerking in de gezondheidszorg. Voorwaarden voor een goede marktwerking zijn onder andere voldoende producenten aan de aanbodzijde en een eenvoudige toe- en uittreding van producenten (Plug et al. 2003). De bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten hadden enerzijds betrekking op het toetreden van nieuwe zorgaanbieders en anderzijds op het creëren van alternatieve vormen van zorg. In de casus ‘Anderhalflijnzorg’ was een nieuwe zorgaanbieder op de zorgmarkt toegetreden die de niche tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg wilde opvullen. De zorgaanbieder in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ was mede opgericht in reactie op de introductie van het persoonsgebonden budget in 1995. De andere casus vormden voorbeelden van ‘nieuwe’ vormen van (organiseren van) zorg. Dit zorgde voor onderscheidend vermogen voor de reeds bestaande zorgaanbieders. Uiteindelijk streefden de zorgaanbieders in de verschillende casus niet actief concurrentie na. Ook de zorgaanbieders in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ en ‘Particuliere thuiszorg’, die nieuw op de markt waren toegetreden en meer commercieel georiënteerd waren, kozen in eerste instantie voor samenwerking met regionale zorgpartijen. De zorgaanbieder in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ wilde zo veel mogelijk binnen de reguliere zorg blijven. Enerzijds vanuit een praktisch oogpunt, omdat daar de volumes zaten. Anderzijds vanwege het feit dat de zorgaanbieder wilde laten zien dat de reguliere zorg op een ‘Alant-wijze’ georganiseerd kon worden. De private zorgaanbieder in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ reageerde op ontwikkelingen in het veld door nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan en nieuwe klantgroepen aan te boren. Veelal viel dit binnen het kader van de AWBZ.

Het sportmedisch centrum (SMC) bood lifestyleprogramma’s aan die zich op de grens van reguliere en private zorg bevonden. Het centrum wilde de commerciële activiteiten verder exploiteren, maar er was in eerste instantie voor gekozen om het SMC onder de vlag van de specialistische kliniek te plaatsen om het non-profitkarakter te benadrukken.

In de casus ‘Verzorgingshuishoud aan huis’ ontstond langzamerhand steeds meer concurrentie tussen de samenwerkingspartners. In eerste instantie werd de keuze voor de uitvoerende zorgaanbieder puur bepaald door de logistieke afspraken tussen het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie. De keuzevrijheid van de cliënten werd echter steeds meer als uitgangspunt genomen voor de organisatie van de zorg en de onderlinge taakverdeling tussen de twee zorgaanbieders.

Transparantie is een belangrijke voorwaarde voor een goed functionerende markt (Plug et al., 2003). Bij elk casus was het informeren van cliënten een belangrijk aandachtspunt om er voor te zorgen dat (potentiële) consumenten op de hoogte waren van het aanbod en de mogelijkheden. Zo werden er in de casus 'Particuliere thuiszorg' en de casus 'Anderhalffijnzorg' informatieavonden georganiseerd. Naast het feit dat de zorgaanbieders transparantie van hun diensten en bedrijfsprocessen nastreefden om hun bestaansrecht te legitimeren en hun diensten aan te bieden aan (potentiële) klanten, waren de zorgaanbieders ook veel bezig met de evaluatie van de aangeboden diensten. Evaluaties, enquêtes en tevredenheidsonderzoeken werden bij alle casus uitgevoerd. Bij zowel 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' als de specialistische kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' werden continue tevredenheidsonderzoeken (opnieuw) geïntroduceerd.

Toch werd er ook veel gehandeld op basis van veronderstelde behoeften en wensen van de zorgvrager. Daarmee werd nog veel ingevuld voor de zorgvrager door de zorgaanbieders. Zo waren het SMC en de centra in de casus 'Anderhalffijnzorg' opgezet op basis van een veronderstelde latente behoefte aan deze vorm van zorg, afgeleid van wetenschappelijk onderzoek en de ervaringen van zorgverleners. Ook de andere zorgaanbieders hadden vooraf geen marktonderzoek uitgevoerd om te kijken of er behoefte was aan hun producten en diensten.

In de bespreking van het economische perspectief kwam naar voren dat in de gezondheidszorg verscheidene marktimperfecties aanwezig zijn, die de implementatie van volledige marktwerking zowel moeilijk als onwenselijk maken (Schut, 2003). Het bestaan van principaal-agentrelaties kan deze marktimperfecties gedeeltelijk opvangen. Dit valt onder het principe van *sturing op de vraag*, waarbij andere actoren de belangen van de zorgvrager behartigen (RVZ, 1998). Bij de casus 'Particuliere thuiszorg' wierp de zorgaanbieder zich in sommige gevallen ook op als principaal om de cliënt te ondersteunen bij administratieve processen. In de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' was een woonzorgconsulent geïntroduceerd om de cliënten te begeleiden. Daarnaast werd, met name in de curatieve sector, naast de zorgvrager ook de zorgverzekeraar nog steeds gezien als een belangrijke klant. Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat het economische perspectief met name vanuit het idee van geregleerde concurrentie vorm kreeg, waarbij de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars nog vaak namens de zorgvrager handelden.

Het zorginhoudelijke perspectief was zowel in de retoriek als in de praktijk sterk aanwezig. Daarbij was wel sprake van een spanning tussen de persoonlijke autonomie van de klant en medische standaarden (professionele autonomie) en efficiënte bedrijfsvoering. Binnen de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' en de casus 'Het sportmedisch centrum' speelde de relatie tussen de arts en de patiënt een expliciete rol. De medisch geïndiceerde behoeften (needs) van de patiënt voerden de boventoon. Het onderscheid in stromen binnen 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' liet echter zien dat wanneer er meer tijd voor handen was om behandelingsbeslissingen te nemen, de afstemming met de patiënt meer aandacht kreeg. Daarnaast werd het informeren van de patiënt belangrijk gevonden. Zo was het ziekenhuis bezig om het elektronisch patiëntendossier verder te ontwikkelen, zodat de patiënt daar zelfstandig zaken in kon bijhouden. Dit was overigens vooral georiënteerd op langdurige patiënten.

Het SMC was mede tot stand gekomen door een groeiende zorginhoudelijke behoefte aan de producten die in het centrum geboden werden. Medisch-specialistische kennis speelde daarbij een grote rol. In het centrum was, net als in de kliniek waaraan het centrum gelieerd was, evidence-based medicine een belangrijke doelstelling. Bij de

casus ‘Anderhalffijnzorg’ speelde ‘evidence-based medicine’, hier in de vorm van protocollen ook een belangrijke rol. Het werk van de (para)medici werd zodanig georganiseerd dat het inzichtelijk was en dat aan de cliënt precies kon worden verteld wat er wanneer zou gebeuren en hoe lang het zou duren. Daarbij werd overigens aangegeven dat het niet zo was dat de cliënt geen enkele keuze meer had. De besluiten over de behandeling werden in overleg met de cliënt genomen.

Bij de casus ‘Particuliere thuiszorg’ en de casus ‘Verzorgingshuishoudzorg aan huis’ speelde de eigen regie van de cliënt juist een grote rol. Bij VAH was dit ingegeven door het streven mensen zo lang mogelijk, zo zelfstandig mogelijk thuis te laten wonen. Dit betekende dat de zorg aanvullend moest zijn op het leven van de cliënt en dat de cliënt zoveel mogelijk eigen regie over het leven moest behouden. De zorg was dan ook op die doelgroep gericht waarvan werd verondersteld dat die de competentie bezat om de regie over de eigen zorg te voeren. Wanneer de cliënt daartoe niet in staat zou zijn dan kon de woonzorgconsulent de cliënt ondersteunen. Bij de zorgaanbieder in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ stond de eigen regie van de individuele cliënt in sterk verband met de wijze waarop de zorg werd gefinancierd: het persoonsgebonden budget (PGB). De zorgaanbieder was financieel afhankelijk van de individuele klanten en daarom sterk georiënteerd op de individuele wensen. De organisatie was zodanig ingericht dat ze flexibel kon inspelen op de wensen van de cliënt. Vraag en aanbod werden op individueel niveau op elkaar afgestemd.

In het ‘shared-decision making model’ dat centraal staat in het zorginhoudelijke perspectief wordt niet alleen gesproken over de verplichting aan de zijde van de zorgaanbieder om de zorgvrager in staat te stellen te participeren in behandelbeslissingen. Er wordt ook gesproken over verplichtingen aan de zijde van de zorgvrager om preferenties duidelijk te maken, vragen te stellen en behandelalternatieven af te wegen (Charles, Gafni & Whelan, 1997). In de curatieve sector werd de competentie van de zorgvrager om regie te nemen over het zorgproces nog in twijfel getrokken en daarmee werd het legitiem geacht om als zorgaanbieder regie te behouden.

Bij het SMC en in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ werden cliënten wel aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Bij het SMC werd gesproken over ‘goed patiëntschap’. Er werd aangegeven dat patiënten een rol te vervullen hadden om het zorgverleningsproces succesvol te laten verlopen. In de casus ‘Anderhalffijnzorg’ werd aangegeven dat de commitment van de cliënt noodzakelijk was om de zorgverlening te doen slagen.

Het economische en zorginhoudelijke perspectief kwamen uiteindelijk in de praktijk van de zorgvernieuwingstrajecten minder sterk naar voren dan de retoriek had doen vermoeden. Marktwerving was uiteindelijk nog niet dominant aanwezig als coördinatiemechanisme. Zorgaanbieders kozen liever voor samenwerking en afstemming. Het shared-decisionmaking model werd gevolgd binnen de randvoorwaarden van de professionele standaarden. Het participatie perspectief daarentegen was meer aanwezig in de praktijk van de casus dan in de retoriek. Al worstelden alle casus, net als bij het zorginhoudelijke perspectief, met de plaats die het patiëntenperspectief zou moeten innemen. De participatie van de zorgvrager kan op verschillende manieren vorm krijgen. Zo kan de zorgvrager op verschillende niveaus gebruik maken van zijn voice-optie. De ladder van Arnstein (1969) geeft een overzicht van verschillende vormen van betrokkenheid op collectief niveau: informeren, consulteren en tevredenstellen zijn meer ceremoniële vormen van participatie, waarbij de uiteindelijke beslissingsmacht nog geheel bij de traditionele partijen ligt. Partnerschap, gedelegeerde beslissingsmacht en daadwerkelijke controle zijn treden van de participatieladder waarbij

de zorgvrager daadwerkelijk invloed heeft op besluitvorming. North en Werkö (2002) werken de participatieladder verder uit en maken daar onder andere een onderscheid tussen formele en informele vormen van participatie. Dat onderscheid was ook duidelijk terug te vinden in de casus. Met uitzondering van de zorgaanbieder in de casus 'Particuliere thuiszorg' waren alle zorgaanbieders in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) sinds 1996 wettelijk verplicht om een cliëntenraad te hebben. Zelfstandige behandelcentra met een WVZ toelating, zoals in de casus 'Anderhalflijnzorg' waren in principe wel verplicht om een cliëntenraad in te stellen, maar daar werd in de praktijk niet op gecontroleerd. Het verzorgingshuis in de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' had al voor de WMCZ bewonersraden die in 1996 waren overgegaan in cliëntenraden. Daarnaast was er in 2000 een centrale cliëntenraad ingesteld. De thuiszorgorganisatie in dezelfde casus had één centrale cliëntenraad die was ingesteld in reactie op de implementatie van de WMCZ. De cliëntenraad van de thuiszorgorganisatie was opgericht met de hulp van het Regionale Patiënten- en Consumenten Platform (RPCP). Dit was ook het geval bij 'Het vraaggestuurde ziekenhuis'. De cliëntenadviesraad (CAR) van 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' was in 2001 opgericht. De organisatieontwikkelingen die in dit onderzoek worden besproken hadden de totstandkoming gestimuleerd. De CAR was in eerste instantie een lichtere variant dan wettelijk beschreven in de WMCZ. De CAR werd met name als een van de mogelijkheden gezien om inzicht te krijgen in het patiëntenperspectief. De specialistische kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' was reeds in 1992 begonnen met een experimentele patiëntenadviesraad (PAR). In 1996 had de PAR een definitieve plaats in de organisatie gekregen en sinds vier jaar had de PAR een zelfstandige voorzitter. De PAR en de Raad van Bestuur van de kliniek hadden er voor gekozen om bij de werkwijze en het reglement rekening te houden met datgene dat de WMCZ voorschrijft, maar nog meer aansluiting te zoeken bij de mogelijkheden en wensen van de PAR en de organisatie zelf.

De cliëntenraden bevonden zich over het algemeen nog in een ontwikkelingsfase. Zo werden de cliëntenraden van de thuiszorgorganisatie in de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' en van de specialistische kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' in eerste instantie voorgezeten door de Raad van Bestuur, maar de raden hadden nu een eigen, onafhankelijke voorzitter. De cliëntenraden hadden allemaal (secretariële) ondersteuning vanuit de zorginstelling. In elke casus had de cliëntenraad met name contact met de Raad van Bestuur. In de casus 'Vraaggestuurd ziekenhuis' liepen andere contacten ook via de Raad van Bestuur. In de kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' waren de leden van de cliëntenraad ook portefeuillehouders en waren in die hoedanigheid ook betrokken bij projecten die in de kliniek plaatsvonden. Het belang van de cliëntenraad werd in alle casus erkend, maar uiteindelijk kan bij elke casus geconcludeerd worden dat er sprake was van een zoektocht naar de precieze rol en verantwoordelijkheid van de cliëntenraad binnen de organisatie. De cliëntenraden waren over de zorg- en organisatieontwikkelingen, die in dit onderzoek centraal staan, geïnformeerd, maar de raden hadden verder geen rol gehad in besluitvorming omtrent de ontwikkelingen. Naast de cliëntenraad waren er in de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' ook huurdercommissies en deze waren ook geïnformeerd. De overkoepelende nota over VAH was wel aan de centrale cliëntenraad van het verzorgingshuis voorgelegd voor advies. Wanneer dit wordt geïnterpreteerd vanuit de participatieladder van Arnstein kan worden geconcludeerd dat in de praktijk de cliëntenraden veelal een trede lager stonden (informer en consulteren) dan de WMCZ beoogde (medezeggenschap).

Bij de casus ‘Anderhalflijnzorg’ en ‘Particuliere thuiszorg’ waren geen formele regelingen met betrekking tot collectieve patiëntenparticipatie. Naast de inventarisaties op individueel niveau, zoals beschreven bij het economische perspectief, was er bij de casus ‘Particuliere thuiszorg’ nauwelijks sprake van contacten op collectief niveau met patiënten(organisaties). De zorgaanbieder wilde liever direct contact met de individuele cliënt, in plaats van via patiëntenorganisaties. De zorgaanbieder in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ onderhield naast de focusgroepen en tevredenheidsonderzoeken op individueel niveau, ook contacten met categorale patiëntenorganisaties. De contacten waren vooral informeel en hadden als doel elkaar te informeren over activiteiten en samen activiteiten te ondernemen. Het was niet zo dat patiëntenorganisaties betrokken waren bij de opzet van de programma’s, al werden ze er wel over geïnformeerd en gevraagd om suggesties en opmerkingen te leveren. Daarnaast werden patiëntenorganisaties gezien als een manier om bekend te worden bij de doelgroep. Bij de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ waren geen patiëntenorganisaties betrokken, onder andere vanwege de kleinschaligheid van de eerste projecten. In de regiovisie, waarin ook zorgvragers vertegenwoordigd waren, waren wel knelpunten rondom de zorg geïnventariseerd. Dit had als input gediend bij de vormgeving van VAH. In de casus ‘Vraaggestuurd ziekenhuis’ waren verschillende ontwikkelingstrajecten onderscheiden waar patiënten op verscheidene manieren bij waren betrokken. Rondom de bouw hadden patiëntenorganisaties deel uitgemaakt van de gebruikersgroepen die de uitgangspunten hadden geformuleerd voor de opzet van en werkwijze in het nieuwe gebouw. Zowel categorale patiëntenorganisaties als de Provinciale Patiënten en Consumenten Federatie waren daarin vertegenwoordigd. De PPCF vond de vertegenwoordiging echter summier en lastig, omdat ze specifieke expertise misten. Het ziekenhuis vond op zijn beurt de kwaliteit van de vertegenwoordiging sterk variëren. Ten tijde van het onderzoek leefde ook het voornemen om klantenpanels op te zetten, maar de betrokkenheid van de PPCF was moeilijk vanwege een gebrek aan mankracht bij de PPCF. Bij de zorgprogrammering rondom cardiovasculaire zorg en oncologie waren geen patiëntenorganisaties betrokken. Bij oncologie was dit gedeeltelijk een bewuste keuze, omdat er geen regionale patiëntenorganisatie bestond en omdat ze de patiënten niet wilden vermoeien. Bij de opzet het SMC waren geen patiëntenorganisaties betrokken. Er werd voor de patiënt later in het proces een rol verondersteld bij de evaluatie en het verder afstemmen van de producten en diensten. Daarnaast bestond er geen patiëntenorganisatie voor de doelgroep waar het SMC zich op richtte: mensen met een sportgerelateerde aandoening. Ten tijde van het onderzoek wilde men ook voor reumapatiënten producten op gaan zetten. Daarbij zouden de reumapatiëntenorganisaties ook worden geraadpleegd.

Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat de participatie van de zorgvrager nog niet volledig tot ontwikkeling was gekomen. Er was nog geen sprake van gedeelde verantwoordelijkheden en gezamenlijke besluitvorming. De uiteindelijke verantwoordelijkheid lag nog duidelijk bij de traditionele partijen, die zich overigens wel steeds meer voor de wensen en behoeften van de zorgvrager openstelden. Het patiëntenperspectief werd echter, vooral in de curatieve sector, nog vaak door andere partijen ingebracht. Zo werd in de casus in de curatieve sector (‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’, ‘Anderhalflijnzorg’ en ‘Het sportmedisch centrum’) het patiëntenperspectief veelal door de medisch specialisten vertegenwoordigd. Naast de medisch specialist werd ook de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor gezien als vertegenwoordiger of zaakwaarnemer van het patiëntenperspectief in de gezondheidszorg. In elke casus was de zorgverzekeraar met name vanuit een financieel perspectief betrokken bij de zorg-

vernieuwingen. In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ was het zorgkantoor niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van het concept, maar bij de implementatie was er wel overleg gevoerd met het zorgkantoor, onder andere over de vergoeding. Ook in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ was de zorgverzekeraar inhoudelijk niet betrokken bij het beleid van het ziekenhuis, maar wel bij de financiële aspecten. Bij de casus ‘Anderhalflijnzorg’ was één zorgverzekeraar intensief betrokken bij de opzet van de centra. Daarbij werd de opzet en inhoud van de centra wel besproken, maar was uiteindelijk het financiële element overheersend in de betrokkenheid van de zorgverzekeraar. Ook bij de casus ‘Het sportmedisch centrum’ was vooraf gesproken met de zorgverzekeraars over mogelijkheden tot vergoeding en behoeften aan het product aan de kant van de zorgverzekeraar.

De zorgaanbieder in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ had door de directe betaalrelatie met de cliënt weinig van doen met het zorgkantoor, maar er bestonden wel contacten op operationeel niveau over de uitvoering van procedures en soms was er incidenteel contact op beleidsniveau.

8.2.4 Conclusie

Uit de casestudies komt naar voren dat vraagsturing als begrip wel degelijk wordt gehanteerd in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Daarmee is het dus niet slechts een theoretisch concept of een ideologie van de Nederlandse overheid dat geen draagvlak heeft in de praktijk. De conceptuele verheldering van het begrip of gerelateerde termen krijgt echter niet veel prioriteit c.q. aandacht. Zorgaanbieders lijken uit te gaan van een veronderstelde eenduidigheid van de betekenis van vraagsturing.

Wanneer de retoriek die wordt gebruikt in de praktijk van de gezondheidszorg wordt geconfronteerd met de drie perspectieven op vraagsturing dan blijken vooral het economische perspectief en het zorginhoudelijke perspectief te worden gebruikt om invulling te geven aan vraagsturing en om de doelstellingen van de zorgvernieuwingstrajecten te omschrijven. Het participatieperspectief komt relatief weinig ter sprake. In de bespreking van het economische perspectief wordt het marktmodel gehanteerd zonder al te veel nuanceringen. Het ‘shared-decision-making model’, dat de basis vormt van het zorginhoudelijke model, wordt wel genuanceerd, doordat de professionele autonomie van de zorgprofessional grotendeels onaangetast blijft en als kader wordt gezien waarbinnen de afstemming tussen vraag en aanbod plaatsvindt.

De praktijk waarin vorm wordt gegeven aan de zorgvernieuwingstrajecten en daarbij aan vraagsturing, laat een ander beeld zien dan de retoriek. Zo komt het participatieperspectief in de praktijk veel meer naar voren. Dit krijgt vorm door de aanwezigheid van cliëntenraden in de zorginstellingen die een erkenning hebben en de contracten van de zorgaanbieders met patiëntenorganisaties.

Uiteindelijk worden in de praktijk wel concessies gedaan op elk van de drie perspectieven. De respondenten van de reguliere zorgaanbieders gaven zelf ook aan dat ze ten tijde van het onderzoek vooral *vraaggericht* waren in die zin dat de zorg die geleverd werd nog vooral werd bepaald door het aanbod. De zorgaanbieders geven in principe de voorkeur aan samenwerking en afstemming boven concurrentie met regionale zorgpartners. Daarnaast bleven principaal-agentenrelaties grotendeels in tact. Zorgverzekeraars en specialisten werden veelal nog gezien als vertegenwoordigers van het patiëntenperspectief. Bij het participatieperspectief was wel sprake van participatie van de zorgvragers, maar nog niet van gedeelde verantwoordelijkheid. Er bestond daarbij ook een spanningsveld tussen de wensen en behoeften van de zorgvragers en de medische standaarden c.q. inzichten van de professionals.

Uiteindelijk bleef de zeggenschap, ook in het zorginhoudelijke perspectief, grotendeels bij de zorgverlener.

Hierbij was overigens geen onderscheid tussen de reguliere zorgaanbieders en de nieuw toetredende zorgaanbieders. Bij alle casus was sprake van concessies op de drie perspectieven. Bij de casus die betrekking hadden op langdurige zorg was wel meer aandacht voor de regiemogelijkheden van de zorgvrager over het zorgproces. Dat werd ook meer expliciet als uitgangspunt genomen. In de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ en de casus ‘Sportmedisch Centrum’ (beide gesitueerd in de curatieve sector) werd ook aangegeven dat wanneer er sprake was van meer langdurige zorgrelaties er meer aandacht en ruimte was voor zeggenschap van de zorgvrager over de behandeling.

8.3 De Nederlandse gezondheidszorg als handelingscontext

8.3.1 Introductie

In de voorgaande paragrafen is inzicht geboden in de wijze waarop vraagsturing betekenis krijgt in de wijze waarop zorgaanbieders praten over doelstellingen en ontwikkelingen en in de wijze waarop vorm wordt gegeven aan zorgvernieuwingen. De drie onderscheiden perspectieven op vraagsturing hebben daarbij als leidraad gediend. Er is gebleken dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de retoriek en de uiteindelijke praktijk. In de retoriek komen het economische en het zorginhoudelijke perspectief duidelijk naar voren. Het participatie perspectief is minder tot zelfs afwezig in de retoriek. Partijen spreken niet zozeer van een gezamenlijke verantwoordelijkheid, maar meer over het profileren in de eigen kerntaken binnen de gezondheidszorgcontext. In de praktijk is het participatie perspectief echter wel degelijk aanwezig. Al is dat niet in de wijze waarop er ‘theoretisch’ over wordt gesproken. In de praktijk blijken namelijk alledrie de perspectieven minder uitgesproken aanwezig te zijn. Zo worden er wel veel ambities uitgesproken richting het economische perspectief, maar kiest men in de praktijk toch primair voor samenwerking. Daarnaast lijken de casus zowel vanuit het zorginhoudelijke perspectief als het participatie perspectief te worstelen met de positie en de invloed van het patiëntenperspectief.

Het verschil tussen de retoriek en de praktijk is mede het gevolg van het feit dat de retoriek betrekking heeft op verwachtingen en ambities. Vaak worden die sterker uitgesproken. Vervolgens worden deze ambities echter geconfronteerd met de weerbaarheid van de praktijk en dit leidt tot bijstelling, uitstel en soms afstel van doelstellingen en initiatieven. Bij de positionering van de casus ten opzichte van de drie perspectieven is er geen groot verschil tussen reguliere zorgaanbieders en nieuwe toetreders, maar wel tussen curatieve zorg en langdurige zorg.

Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de context van de Nederlandse gezondheidszorg invloed uitoefent op de vorm- en betekenisgeving van vraagsturing zijn in hoofdstuk vier een aantal (potentieel) beïnvloedende factoren naar voren gebracht:

- De kenmerken van het primaire proces;
- De institutionele context waarin actoren zich bevinden;
- De interorganisatiele afhankelijkheidsrelaties waarin actoren zich ten opzichte van elkaar bevinden;
- Het strategisch gedrag dat actoren vertonen om binnen het geheel van instituties en afhankelijkheidsrelaties hun doelstellingen na te streven.

In deze paragraaf zal aan de hand van deze factoren de positionering van de casus ten opzichte van de drie perspectieven op vraagsturing nader worden verkend.

8.3.2 Het primaire proces

Het primaire (productie)proces vormt de kern van een organisatie. In de gezondheidszorg vormt het zorgverleningsproces het primaire proces. Binnen de relatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener wordt de zorgvraag geformuleerd en de noodzakelijke zorg bepaald en verleend. In het primaire proces komen vraag en aanbod bij elkaar en moeten ook de doelstellingen van vraagsturing gerealiseerd worden. De kenmerken van het primaire proces hebben invloed op de (effectiviteit van de) organisatie. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt naar de omvang en complexiteit van het productieproces (Woodward, 1965), de onderlinge afhankelijkheid tussen onderdelen van het productieproces (Thompson, 1967) en de variatie van ‘materialen’ die het primaire proces ingaan en de voorspelbaarheid daarvan (Perrow, 1967).

Complexiteit

De medisch specialistische zorg die in de casus binnen de curatieve sector werd geleverd was technisch complexer dan de zorg die in de langdurige zorg werd geleverd. De zorgorganisaties die langdurige zorg leverden, ondersteunden vooral mensen bij hun dagelijks functioneren. De zorg vulde het gebrek aan mogelijkheden van de cliënt om voor zichzelf te zorgen aan.

De zorgaanbieders in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ en ‘Het sportmedisch centrum’ leverden medisch specialistische zorg. Het Deventer ziekenhuis leverde als algemeen ziekenhuis een breed palet aan zorg. De kliniek in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ was een gespecialiseerde kliniek die vooral zorg leverde aan mensen met een aandoening aan het bewegingsapparaat. Het zorgaanbod van het SMC vormde enerzijds een aanvulling op het huidige aanbod van de kliniek voor dezelfde doelgroep, maar anderzijds ook een nieuw aanbod voor een nieuwe doelgroep, namelijk sporters. De diensten waren sportgerelateerd. De zorgcentra in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ waren gericht op zorg die ‘te specifiek’ was voor de huisarts en ‘te eenvoudig’ voor het ziekenhuis.

In de curatieve sector hadden de medisch specialisten specifieke kennis nodig om de juiste behandeling vast te stellen en uit te voeren en dat gaf hen een redelijk autonome en centrale positie in de organisatie. Dit kwam met name in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ naar voren. De ziekenhuisorganisatie werd als ondersteunend beschouwd voor de werkzaamheden van de medisch specialist. Dat de medisch specialisten een centrale rol speelden in het ziekenhuis was ook duidelijk naar voren gekomen in het proces richting de nieuwe organisatie. Met name bij de zorgprogrammering was de betrokkenheid van medisch specialisten een belangrijk aandachtspunt geweest. De verandering richting een vraaggestuurd ziekenhuis was topdown ingezet door het management, maar de verdere vormgeving was laag in de organisatie uitgevoerd door werkgroepen waarbij de medisch specialist een trekkersrol had.

Een groot deel van de medisch specialisten in het ziekenhuis was nog vrijgevestigd, al was door de instelling van een stafmaatschap een harmonisatie van onderlinge belangen tot stand gebracht. De medisch specialisten presenteerden zich op meerdere momenten als een tweede partij, zowel bij overleggen met de zorgverzekeraar als in het regionale zorgnetwerk.

Bij de Sint Maartenskliniek (SMK) waren alle medisch specialisten in dienst van de kliniek. De kliniek was gericht op een beperkt aantal specialismen rondom het bewegingsapparaat. De organisatie was decentraal vormgegeven door de aanwezigheid van drie centra die relatief onafhankelijk van elkaar opereerden. De organisatiestructuur was plat en de communicatielijnen waren daardoor kort. De kliniek had ook een sterk onderzoeksprogramma. Evidence-based medicine was iets wat sterk werd

nagestreefd. Dit betekende dat er naast de gestandaardiseerde vaardigheden van de medisch specialisten ook aandacht was voor standaardisatie van werkzaamheden. Het SMC was in principe een initiatief van het management, maar wel voortbouwend op ontwikkelingen binnen de kliniek op medisch specialistisch niveau, namelijk de groeiende interesse in sportorthopedie. Het centrum was ook vormgegeven in samenspraak met de medisch specialisten.

Bij de centra in de casus 'Anderhalffijnzorg' stond de professionele autonomie minder centraal, maar vooral de beantwoording van de zorgbehoeften van de zorgvragers op een efficiënte en 'evidence-based' manier.

In alle drie de curatieve casus werden wel initiatieven ondernomen om de zorgverlening meer inzichtelijk en beter controleerbaar te maken. Dit werd gedaan voor efficiëntere bedrijfsvoering, maar ook voor externe verantwoording en transparantie naar de (potentiële) klant toe. Toch speelde het medisch-specialistisch perspectief in deze casus een grote rol. De wensen en behoeften van de zorgvrager bleven veelal beperkt tot service-elementen. De inhoud van de behandeling werd nog steeds vooral beschouwd als het domein van de medisch specialist. Met name bij 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' en 'Het sportmedisch centrum', werd deze professionele autonomie geëxpliciteerd.

De organisaties van de zorgaanbieders in de langdurige zorg kenden veel minder specialisatie. De zorgaanbieder in de casus 'Particuliere thuiszorg' was een jonge organisatie, opgezet om tegemoet te komen aan een dynamische omgeving, net als de centra in de casus 'Anderhalffijnzorg'. De organisatie was plat, waardoor de lijnen kort waren en flexibel ingespeeld kon worden op veranderende wensen en behoeften. Er was sprake van veel onderlinge afstemming. Doordat er weinig lagen tussen de directie en de werkvloer aanwezig waren, was er sprake van een hoge mate van wederzijdse bewustzijn. De zorgcoördinatoren fungeerden als intermediair tussen directie en werkvloer en tussen de organisatie en externe contacten. Er was niet zozeer sprake van een dominante werkvloer in de zin dat er sprake was van een sterke professionalisering. Het was wel zo dat de werkvloer als een belangrijk productiemiddel werd gezien, met name vanwege de flexibele inzet. Overigens was bij alle zorgvernieuwingstrajecten intern draagvlak een expliciet aandachtspunt. Ondanks het feit dat de initiatieven topdown werden geïnitieerd, werden deze niet topdown vormgegeven. De betrokkenheid van de medewerkers (ook niet-specialisten) werden als een belangrijke slagingsfactor gezien voor het behalen van een vraaggestuurd, efficiënt zorgaanbod.

Samenhang tussen onderdelen van het productieproces

In de langdurige zorg was het zorgproces niet technisch complex, maar organisatorisch complex. Bij de levering werd een integrale aanpak nagestreefd wat betekent dat een goede coördinatie tussen de verschillende diensten van belang werd geacht. Daarbij kwam dat de zorg langdurig geleverd werd waardoor, in tegenstelling tot kortdurende zorg, de afstemming met het dagelijkse leven van de cliënt belangrijker werd. Bij het leveren van zorg thuis bij de cliënt was dat zelfs nog belangrijker, omdat de zorgverlener 'te gast' was bij de cliënt in plaats van dat de cliënt verbleef binnen de muren van de instelling. In tegenstelling tot de zorg in de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' en 'particuliere thuiszorg' werd de zorg in de curatieve sector intramuraal geleverd. De cliënt kwam naar de instelling toe. Afstemming tussen verschillende disciplines vond binnen de organisatie plaats. Bij 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' vormde de afstemming tussen de verschillende disciplines een centraal aandachtspunt. In de centra van de casus 'Anderhalffijnzorg' stond een duidelijke toedeling van

taken en verantwoordelijkheden centraal. Met het zorgproces als uitgangspunt had elk lid van het multidisciplinaire team een taak en verantwoordelijkheid. Door alles zo veel mogelijk te protocolleren werd een efficiënte bedrijfsvoering gegarandeerd. Bij elk van de zorgvernieuwingstrajecten was een efficiënte vormgeving van het zorgproces (en de daaraan gerelateerde ondersteunende bedrijfsprocessen) een aandachtspunt. Protocollering en decentralisatie van verantwoordelijkheden moesten daar aan bijdragen.

Zorgvrager als onderdeel van het ‘productieproces’

Binnen een vraaggestuurd zorgproces staat de zorgvrager, als onderdeel van het productieproces, centraal. Dé zorgvrager bestaat echter niet. Er is sprake van een grote variatie aan zorgvragers met verschillende behoeften en wensen. De zorgaanbieders in de casus gingen verschillend om met deze diversiteit. Het ziekenhuis in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ hanteerde een vierstromenmodel waarin onderscheid werd gemaakt in acute zorg, urgente zorg, electieve zorg en chronische zorg. De organisatie en de inrichting van de behandelruimten verschilden per stroom. In de procesbeschrijving kwam ook naar voren dat de kenmerken van de zorgvraag van invloed waren op de wijze waarop zorgprogramma’s vorm kregen. Bij cardiovasculaire zorg stond met name de diagnostiek centraal. Door op efficiënte wijze de diagnostiek te organiseren, kon onzekerheid bij de zorgvrager over zijn toestand snel gereduceerd worden. Bij oncologie werd echter ondervonden dat met name de fase na de diagnose van belang was. Hierbij was belangrijk hoe een patiënt zo goed mogelijk ondersteund kon worden bij de acceptatie van zijn aandoening en de behandeling. Nazorg stond hierbij centraal.

De kliniek in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ was opgebouwd uit drie centra waarbij werd aangegeven dat er een duidelijk verschil bestond tussen de aard van de zorg in de drie centra. Zo behelsde de zorg in het orthopediecentrum vaak een korte behandelperiode, terwijl het revalidatiecentrum langdurige en het reumacentrum chronisch zorg betrof. Dit gaf ook een andere dynamiek aan de zorglevering. In het revalidatie- en reumacentrum stond het partnerschap met de cliënt sterk centraal. Tevens bleek dat vooral de patiënten die langdurige zorg kregen meer betrokken waren bij de organisatie. Tot slot werd aangegeven dat de kliniek als gespecialiseerde kliniek voor veel patiënten vaak een laatste kans was op verbetering van hun gezondheidstoestand. Daarom werd ruim de tijd uitgetrokken voor bijvoorbeeld consulten. In het SMC werd voor een deel zorg geleverd aan dezelfde zorgvragers als die in de kliniek werden behandeld. Er werd ook aangegeven dat de dienstverlening dezelfde uitgangspunten had als de kliniek. Daarnaast wilde men sporters als doelgroep aanboren. Hierbij werd aangegeven dat deze groep zorgvragers vaak goed geïnformeerd was over hun eigen situatie en de behandel mogelijkheden. Voor het SMC waren de doelgroepen duidelijk omschreven, net als bij de centra in de casus ‘Anderhalffijnzorg’. Hiermee werd de variëteit aan te bedienen zorgvragers verminderd. In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ werd de doelgroep niet van tevoren afgebakend. De organisatie was juist zo plat mogelijk opgebouwd om flexibel in te kunnen spelen op de individuele wensen en behoeften van de klant. Er werd echter wel aangegeven dat er alleen vanaf drie uur aansluitend zorg werd geleverd. Deze beperking was gesteld vanuit efficiëntie overwegingen.

In de casus ‘Verzorgingshuishouding aan huis’ werd de doelgroep omschreven aan de hand van de kenmerken van de zorgvrager. Hierbij werd een bepaalde competentie verondersteld om eigen regie te voeren over de zorg. Ook in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ werd verondersteld dat de budgethouder in principe de regie en verantwoordelijkheid in handen had over de organisatie van de zorg. In beide casus hadden

de zorgaanbieders echter ook ondersteuning van de zorgvrager geregeld indien dat nodig was. Zo was er bij VAH een woonzorgconsulent ingesteld die de zorgvrager ondersteunde bij het articuleren van de zorgvraag en het zoeken van de juiste zorg. De particuliere thuiszorgorganisatie bood onder andere administratieve ondersteuning wanneer dat nodig was. Het PGB is alleen ingevoerd in de AWBZ-sector. Daarbij is verondersteld dat deze sector zich het beste leent voor dit instrument, enerzijds vanwege de niet-complexe zorg en anderzijds vanwege de veronderstelde competenties van de cliënten in deze sector. Doordat er in de AWBZ-sector sprake is van langdurige zorg wordt er een bepaalde ervaringsdeskundigheid bij de cliënten verondersteld. Chronisch zieken worden daarbij gezien als de ultieme kritische consument van de zorg. De praktijk in de casus 'Particuliere thuiszorg' liet echter zien dat de consumenten ook nog moesten wennen aan de mogelijkheden van een PGB en dat vooral de oudere cliënten daarbij nog wel wat ondersteuning nodig hadden. Het was echter wel zo dat de uitbreiding van het productenpalet van de zorgaanbieder gebaseerd was op de vragen die zich bij hen aandienden. In die zin was er dus sprake van een vraaggestuurd aanbod.

In de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' was de beschrijving van het vierstromen-model vooral gebaseerd op de (veronderstelde) behoeften van de patiënten en niet zozeer de competenties van de patiënt. Daarbij werd met name nadruk gelegd op de service elementen. In de casus 'Het sportmedisch centrum' werd aangegeven dat de zorg geleverd werd aan een groep patiënten die ervaringsdeskundig was door de duur van de aandoening of door het feit dat ze intensief bezig zijn met het bedrijven van sport. Net als in de casus 'Anderhalffijnzorg' werd ook een bepaalde competentie bij de cliënt verondersteld om een stuk eigen verantwoordelijkheid op zich te nemen. Deze verantwoordelijkheid had enerzijds betrekking op de overgave en medewerking verlenen aan de professional. Anderzijds had eigen verantwoordelijkheid betrekking op commitment aan de behandeling.

8.3.3 Institutionele context

De institutionele context waarin actoren zich bevinden wordt gevormd door regels, normen en structuren die het handelen van actoren vormen, faciliteren en sturen en het verloop en de uitkomst van het strategisch handelen van actoren beïnvloeden (Hemerijck, 2001). Formele regels, zoals wet- en regelgeving, maar ook meer informele sociale structuren bepalen mede de netwerken waarin actoren zich bevinden en de interacties die binnen deze netwerken met elkaar aangaan (Klijn, 2001). Een belangrijk kenmerk van instituties is dat ze een bepaalde mate van continuïteit met zich meebrengen. Deze continuïteit wordt veroorzaakt door de investeringskosten die het tot stand brengen van instituties en de verandering daarvan met zich meebrengen. Daarnaast brengen institutionele veranderingen ook onzekerheid met zich mee, waardoor actoren, die van nature risico-avers zijn, de voorkeur geven aan een vertrouwde situatie, ook al kent deze nadelen. Actoren hebben ook belangen bij de gevestigde orde. Veranderingen in de status-quo kunnen leiden tot conflicten (Genschel, 1997). Toch vinden er wel degelijk institutionele veranderingen plaats, abrupt of incrementeel. Een cumulatie van endogene en exogene factoren kan uiteindelijk leiden tot veranderingen in het institutionele systeem (Scott, 2001).

De Nederlandse gezondheidszorg kan worden getypeerd als een publiek-privaat systeem van instituties en interacties (Schut, 2003). Bij de overheid rust de grondwettelijke taak om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid te waarborgen

(Putters & Van der Grinten, 2001). Daarmee creëert het overheidsbeleid de randvoorwaarden waarbinnen de particuliere zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers opereren.

In hoofdstuk vijf is het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg besproken. Daaruit kon worden afgeleid dat zich een chronologische ontwikkeling laat schetsen waarbij liberalisering van de zorgmarkt steeds meer centraal komt te staan. Daarnaast bestaat er een gedifferentieerd beleid voor de AWBZ en de curatieve sector. In een streven vraag en aanbod op een doelmatige manier op elkaar af te stemmen zijn vanuit een zorginhoudelijk perspectief doelstellingen geformuleerd. De definities van vraagsturing en vraaggestuurde zorg maken dit inzichtelijk:

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden.”

Om deze doelstellingen te realiseren worden vanuit het economische en het participatie perspectief randvoorwaarden geformuleerd. Daarbij wordt marktwerking in principe als leidend coördinatiemechanisme geïntroduceerd, maar moet afstemming tussen en gedeelde verantwoordelijkheden door de veldpartijen (inclusief de participatie van de zorgvrager) leiden tot een borging van publieke belangen. Binnen deze institutionele context zijn de bestudeerde casus gepositioneerd.

Institutionele context van het eerste en tweede compartiment

De casus die betrekking hadden op de langdurige zorg, bevonden zich in de context van het eerste compartiment, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorgaanbieders in de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ hadden een AWBZ-erkenning en werden door het zorgkantoor gecontracteerd om zorg te leveren. Het zorgkantoor had op zijn beurt een zorgplicht richting zijn cliënten. In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ had de zorgaanbieder geen AWBZ-erkenning wat betekende dat hij geen zorg in natura mocht leveren. Hiermee verviel de contractering met het zorgkantoor. De zorgaanbieder had expres geen AWBZ-erkenning aangevraagd om zoveel handelingsvrijheid te behouden. In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ was ook vrijwel geen contact op beleidsniveau tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Rondom het PGB had het zorgkantoor namelijk alleen een controlerende functie richting de budgethouder en de verantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van) zorg lag in handen van de individuele budgethouder.

Ook voor de zorgaanbieders in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ had de zorgverzekeraar geen contracteerplicht, omdat het Zelfstandige Behandelcentrums (ZBC's) waren. Doelstelling van de zorgaanbieder was echter wel om vooral tweede compartimentzorg te leveren. De zorgaanbieder ontwikkelde daarom de initiatieven onder voorbehoud van ondersteuning en contractering van de zorgverzekeraar. De twee centra namen ook (delen van) zorg over van de academische ziekenhuizen waarmee ze samenwerkten. De mogelijkheden waren wel beperkt, omdat de centra als ZBC's geen zorg langer dan 24 uur mochten geven. Operatieve ingrepen konden daardoor maar beperkt worden uitgevoerd. Een andere beperking waren de financiële vergoedingen van ZBC's. Een ZBC mocht geen kapitaallasten doorberekenen. Het feit dat de centra met name tweede compartimentzorg aanboden zorgde ook voor beperkingen in het productenpalet dat ze konden aanbieden, omdat niet alle zorg binnen het tweede compartiment viel, zoals lifestyle interventie.

Bij meerdere casus speelden de financiële beperkingen een rol. Daarnaast beperkten ook Arbo-voorwaarden de mogelijkheden om tegemoet te komen aan de zorgvraag. Zo maakten de Arbo-voorwaarden in de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' het moeilijk om 's nachts thuis zorg te leveren. Ook in de casus 'Particuliere thuiszorg' werden Arbo-voorwaarden genoemd als randvoorwaarde waarbinnen de zorgaanbieder aan de wensen van de cliënt tegemoet kon komen.

Bij het SMC was een deel van het zorgaanbod reguliere zorg en vond vergoeding via de kliniek plaats. De sportgeneeskunde werd afhankelijk van het pakket ook door de zorgverzekeraar vergoed. Daarnaast was een deel van het pakket (waaronder wederom lifestyle) derde compartimentzorg.

Het ziekenhuis in de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' en de kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' bevonden zich wel in een contracteerrelatie met de zorgverzekeraar. Het feit dat er een formele relatie bestond tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar, maakte het voor de zorgverzekeraar mogelijk om op te treden als zorgregisseur en als zaakwaarnemer voor zijn cliënten.

In zowel de AWBZ-sector als de curatieve sector (tweede compartiment) vond modernisering van het beleid plaats. Deze veranderingen kunnen een 'window of opportunity' vormen voor zorgaanbieders om initiatieven te ontplooiën. In de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' werd aangegeven dat de extramuralisering van de zorg, onder andere door een afbouw van de intramurale capaciteit, een stimulans was geweest voor de opzet van verzorgingshuiszorg aan huis. Daarnaast had de introductie van functionele indicatie de mogelijkheden gecreëerd voor het verzorgingshuis om zich op het terrein van de thuiszorg te begeven. Dit zorgde ervoor dat de keuzemogelijkheden voor cliënten toenamen.

De introductie van het PGB was ook onderdeel van de modernisering van de AWBZ. Dit had geleid tot de oprichting van de zorgaanbieder in de casus 'Particuliere thuiszorg'.

Het ziekenhuis in de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' was met zijn organisatieontwikkeling ook ingesprongen op de veranderingen in het overheidsbeleid. De eisen voor een nieuwbouwvergunning waren aangescherpt, waarbij ook een duidelijke oriëntatie op de regio geëist werd. Daarnaast was er vanuit het ministerie van VWS behoefte aan nieuwe ziekenhuisorganisaties, toegerust op de eisen van de 21^{ste} eeuw. Het ziekenhuis was daar op ingesprongen. Ook de kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' stelde zich pro-actief op ten opzichte van de marktgeoriënteerde veranderingen in het overheidsbeleid. Het sportmedisch centrum was daar een voorbeeld van, maar liet ook zien dat de kliniek zorginhoudelijk graag in de voorhoede liep.

Patiëntenwet- en regelgeving

In het kader van de versterking van de positie van de patiënt is wet- en regelgeving ingevoerd. Een voorbeeld daarvan is de WMCZ. In de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' hadden zowel de thuiszorgorganisatie als het verzorgingshuis een cliëntenraad. Bij het verzorgingshuis waren de externe klanten echter nog niet vertegenwoordigd in de cliëntenraad. Daarover was wel discussie gaande.

Uit de casus die een cliëntenraad hadden, bleek dat er vrij veel variatie was in de wijze waarop de cliëntenraad was vormgegeven en in de rol en verantwoordelijkheid van de cliëntenraad. De zorgaanbieders en cliënten waren nog zoekende naar de juiste wijze van participatie binnen de organisatie. Dit kwam ook terug in de wijze waarop de cliëntenraden betrokken werden bij zorgvernieuwingenprojecten. Over het algemeen werden ze alleen geïnformeerd of om advies gevraagd in een later stadium.

De zorgaanbieder in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ viel niet onder de WMCZ, omdat het private een zorgaanbieder was. De aanbieder was daarom niet wettelijk verplicht een patiëntenadviesorgaan in te stellen. De zorgaanbieder in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ was formeel wel verplicht om aan de WMCZ te voldoen, maar tentijde van het onderzoek werd dit voor ZBC’s niet strikt gehanteerd. Deze zorgaanbieder had daarom ook geen cliëntenraad. Dit betekende minder ‘formele’ participatiemogelijkheden voor cliënten.

Alle zorginstellingen (ook privé-klinieken) binnen de gezondheidszorg vielen onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). Dit betekende dat elke zorginstelling een kwaliteitsjaarverslag moest produceren, waarin ook expliciet aandacht werd geschonken aan de betrokkenheid van cliënten bij het kwaliteitsbeleid en de wijze waarop men met klachten omging. Het verslag moest aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het RPCP en de minister van volksgezondheid worden verstuurd. Bij private zorgaanbieders kon het niveau van het kwaliteitsbeleid echter niet altijd teruggekoppeld worden naar het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, omdat die relatie niet wettelijk verankerd was.

Het SMC en de centra in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ bestonden nog niet lang en hadden nog geen kwaliteitsjaarverslag opgesteld.

Alle zorgaanbieders hadden een klachtenregeling. De centra in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ maakten gebruik van de klachtenregelingen van de samenwerkende academische ziekenhuizen. Het SMC had langs twee wegen een klachtenregeling. Enerzijds via de kliniek en anderzijds via de sportartsenassociatie, waar de manager van het centrum bij aangesloten was. Bij de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ was aangegeven dat klachten soms als input hadden gediend bij de zorgprogrammering, maar over het algemeen was die link niet heel duidelijk gelegd.

In alle casus besteedden de zorgaanbieders uitgebreid aandacht aan de kwaliteit van hun zorg. In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ had de zorgaanbieder een HKZ-certificaat, wat verplicht was om lid te worden van de koepelorganisatie. Daarnaast was het HKZ-certificaat bevorderlijk voor het vertrouwen in de kwaliteit van de zorg die de zorgaanbieder leverde (met name voor andere zorgaanbieders en het zorgkantoor). Binnen de HKZ-systematiek werd aan de hand van een verbetercyclus de kwaliteit van de zorg verbeterd. Er werden ook tevredenheidsonderzoeken en enquêtes uitgevoerd om de tevredenheid van de cliënten te inventariseren.

Bij de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ waren verscheidene VAH-vormen geëvalueerd.

Regionale institutionele context

Naast de instituties die het resultaat zijn van overheidsmaatregelen en wetgeving bestonden er ook allerlei institutionele structuren die op regionaal en lokaal niveau werden geformeerd. Met name in de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ en de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ was sprake van een sterke regionale afstemming. Bij beide casus was een actief zorgnetwerk, voornamelijk bestaand uit zorgaanbieders, al zat in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ ook de zorgverzekeraar aan tafel. De leden van het zorgnetwerk hadden zich formeel en financieel gecommitteerd aan het zorgnetwerk. Bij beide casus bevonden de patiëntenorganisaties zich niet in het zorgnetwerk, al werden ze wel geïnformeerd over de activiteiten van het netwerk. In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ bestonden daarnaast op lokaal niveau overlegvormen tussen aanbieders en zorgvragersorganisaties die waren geïnitieerd door de

welzijnsorganisaties. In de casus ‘Het sportmedisch centrum’ bestond een samenwerkingsverband tussen de ziekenhuizen in de regio.

Uiteindelijk kan geconcludeerd worden dat de zorgvernieuwingsinitiatieven zich redelijk onafhankelijk van de zorgnetwerken hadden ontplooid. De leden van het zorgnetwerk werden wel geïnformeerd, maar de zorgvernieuwingstrajecten waren niet ondergebracht bij de zorgnetwerken. Bij de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ was het zorgnetwerk sterk tot ontwikkeling gekomen nadat het ziekenhuis zich meer regionaal was gaan oriënteren. Het ziekenhuis had een sterk sturende rol, ook in financiële zin, maar met daarbij de eigen doelstellingen in het achterhoofd. In de casus ‘Het sportmedisch centrum’ speelde de profilering van de kliniek op regionaal niveau ook mee in de opzet van het sportmedisch centrum. De kliniek had een sterk bovenregionale reputatie, maar had een sterkere regionale inbedding nodig om een zodanige patiëntenmix te verkrijgen dat het zijn opleidingsfunctie kon behouden.

Bij de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ speelde de regiovisie een grote rol in de interorganisatiele interacties. Dit was een regionaal beleidsplatform waar alle partijen in vertegenwoordigd waren, waaronder de zorgvragers. Dit beleidsplatform was op initiatief van de provincie ingesteld. In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ werd de regiovisie gebruikt om knelpunten rondom de zorg te inventariseren. De zorgaanbieders gaven aan dat hun beleid wel afgestemd was op de regiovisie, maar de besluitvorming rondom VAH had niet in de regiovisie plaatsgevonden.

De regiovisie was in eerste instantie alleen voor de AWBZ ingericht, maar werd steeds meer integraal geformuleerd, zodat de curatieve sector ook meer in beeld kwam. Door de Meerjarenaafspraken zorg kregen de RPCP’s de beschikking over financiële middelen om zich ook op de curatieve sector te richten. In de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ kwam echter naar boven dat zowel de RPCP als de regiovisie niet zo een centrale plaats innamen als bij de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’. Ook in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ werd de regiovisie niet genoemd als overlegplatform.

In de andere, jongere en meer commerciële casus was veel minder sprake van een sterke regionale institutionele context. In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ bevond de zorgaanbieder zich buiten de regionale zorgnetwerken. Dit was mede vanwege het feit dat er geen formele grondslagen waren om daarin te participeren. In deze casus en in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ en ‘het sportmedisch centrum’ was met name gekozen voor functionele bilaterale contacten. Ook bij de overige casus waren uiteindelijk vooral de bilaterale contacten van invloed op de zorgvernieuwingstrajecten. In de casus ‘Anderhalflijnzorg’ werd bijvoorbeeld aangegeven dat de samenwerking met de academische ziekenhuizen wel een bepaalde beperking oplegde in de te ondernemen activiteiten. Men hield rekening met de onderlinge relaties in de keuzes en koos niet voor rechtstreekse concurrentie. Ook in de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ was sprake van onderlinge afhankelijkheid tussen het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie, waardoor samenwerking geprefereerd werd boven concurrentie.

De relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder was het sterkst in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ en de casus ‘Anderhalflijnzorg’. In de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ was sprake van een sterk regionaal georiënteerde zorgverzekeraar die met name het desbetreffende ziekenhuis contracteerde. Er was dus sprake van veel afstemming. Al was de zorgverzekeraar in toenemende mate op zoek naar verzakelijking van de relaties. In de casus ‘Anderhalflijnzorg’ was een zorgverzekeraar sterk betrokken bij de start van het initiatief. Het eerste centrum werd in eerste instantie gefinancierd uit zorgvernieuwingsgeld en de zorgverzekeraar moest daar

de aanvraag voor indienen. Daarnaast waren er strategische overwegingen van beide partijen om zich aan elkaar te committeren.

De instelling van de Regionale IndicatieOrganen (RIO's) is ook een ontwikkeling die geplaatst kan worden in de beweging richting vraaggestuurde zorg. De instelling van de RIO's heeft het indicatieproces losgekoppeld van het zorgverleningsproces, wat heeft bijgedragen aan de onafhankelijkheid van het indicatieproces ten opzichte van de zorgaanbieders. In de casus rondom de langdurige zorg kwam naar voren dat de komst van de RIO's niet zonder meer soepel verlopen was en dat de zorgaanbieders niet onverdeeld positief stonden tegenover het functioneren van de RIO's. De RIO's op hun beurt probeerden hun onafhankelijkheid te waarborgen in hun relatie met de andere zorgpartijen.

8.3.4 Interorganisationale afhankelijkheidsrelaties

De regionale institutionele context is enerzijds een resultante van formele instituties die de interacties tussen actoren reguleren en anderzijds een resultaat van wederzijdse afhankelijkheden tussen verschillende actoren. De bestaande afhankelijkheden leiden tot (meer of minder langdurige) interacties tussen actoren:

- Om controle uit te oefenen over een andere actor en zijn middelen;
- Om gezamenlijke doelen en belangen na te streven;
- Om tegemoet te komen aan de maatschappelijke druk (om te voldoen aan geldende normen en waarden) (o.a. Garpendy, 1999).

Bestaande interacties ofwel ruilrelaties kunnen aan de hand van de volgende elementen worden besproken: 1) betrokken partijen; 2) aard van de hulpbronnen die worden uitgewisseld; 3) richting van de uitwisseling; en 4) overeenkomst die ten grondslag ligt aan de uitwisseling (Levine & White, 1960).

Bij vraagsturing staat de interactie tussen vraag en aanbod plaats. Deze interactie vindt plaats op de zorgverleningsmarkt. Daarnaast vinden op deze markt ook interacties tussen zorgaanbieders plaats. Op de zorginkoopmarkt gaan de zorgaanbieders interacties aan met de zorgverzekeraars. In deze subparagraaf zullen de interacties tussen de verschillende actoren binnen de verschillende casus worden geanalyseerd vanuit de resource dependency benadering.

Interacties tussen zorgaanbieders

De contacten tussen zorgaanbieders hadden vooral te maken met het gezamenlijk nastreven van doelstellingen, maar ook met het op de hoogte blijven van elkaars activiteiten. In de reguliere gezondheidszorg (casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' en 'Verzorgingshuiszorg aan huis') was sprake van stabiele interactiepatronen, waarbij actoren elkaar regelmatig ontmoetten in allerlei netwerken. Het ziekenhuis investeerde sterk in de regionale samenwerkingsverbanden en streefde een centrale positie in het regionale netwerk na. De andere partijen hadden echter een afwachterende houding ten opzichte van het ziekenhuis, omdat deze voorheen altijd heel intern georiënteerd was. In het kader van het zorgvernieuwingstraject werd ook energie gestoken in het informeren en betrekken van de andere regionale zorgaanbieders, vooral bij de nieuwbouw. Dit werd mede gedaan om draagvlak te creëren voor de vernieuwingen (legitimacy) en omdat regionale inbedding van nieuwbouwplannen een vereiste was (necessity). Er werd ook veel geïnvesteerd in de huisartsen. Het was namelijk voor het ziekenhuis belangrijk om de huisartsen zodanig toe te rusten, dat de verwijzingen naar het ziekenhuis efficiënter konden verlopen (symbiotische afhankelijkheid).

In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ was er een sterke wederzijdse afhankelijkheid tussen het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie. Beide zorgorganisaties hadden belang bij het goed functioneren van de ander. Het verzorgingshuis kreeg steeds minder intramurale capaciteit, vanwege beddenreducties en daarom ging het verzorgingshuis zich steeds meer extramuraal oriënteren. De relatie tussen het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie bevond zich daardoor in een spanningsveld tussen symbiotische en competitieve afhankelijkheid. Door de extramuralisering van het verzorgingshuis en de introductie van functionele indicaties, ging het verzorgingshuis zich steeds meer begeven op het terrein van de thuiszorgorganisatie. Ten tijde van het onderzoek overheerste echter nog de symbiotische afhankelijkheid en hadden de organisaties elkaar nodig als achterwacht om zorgtaken over te nemen en om in het kader van integrale zorg taken af te stemmen.

De kliniek in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ had ook allerlei samenwerkingsverbanden met andere regionale zorgaanbieders, waarmee doelstellingen werden afgestemd en informatie werd uitgewisseld. Hierbij was echter ook sprake van een symbiotische relatie met een ander regionaal ziekenhuis dat dreigde te veranderen in een competitieve afhankelijkheid, omdat dat andere ziekenhuis ook een sportmedisch centrum had.

Rondom het SMC waren de interacties meer functioneel. Dit was ook het geval bij de casus ‘Particuliere thuiszorg’ en ‘Anderhalflijnzorg’. Er waren veel minder multilaterale overlegvormen om op de hoogte te blijven van activiteiten en ontwikkelingen. De interacties waren vooral bilateraal en hadden duidelijk een functie in het nastreven van de eigen doelstellingen.

In de casus ‘Anderhalflijnzorg’ zocht de zorgaanbieder samenwerking met reguliere zorgaanbieders om de zorg aan te bieden. De twee onderzochte centra waren samenwerkingsverbanden aangegaan met academische ziekenhuizen die omschreven kunnen worden als symbiotische afhankelijkheidsrelaties. Het concept van de zorgaanbieder was mede gebaseerd op een intensieve samenwerking met lokale zorgaanbieders om kapitaalvernietiging en duplicatie van investeringen te voorkomen. De samenwerking met de academisch ziekenhuizen er ook voor dat de behandelcentra makkelijker werden geaccepteerd door de andere partijen (legitimacy). Daarnaast maakte de zorgaanbieder gebruik van de expertise van de ziekenhuizen en de specialisten die daar werkten. Voor de academische ziekenhuizen was de samenwerking ook belangrijk. Voor het VU medisch centrum (VUMC) leverde samenwerking met de zorgaanbieder doorverwijzing van chronische patiënten op, waardoor eigen capaciteit weer vrijkwam. Uiteindelijk was de omvang van de doorverwijzing minder groot dan in eerste instantie was afgesproken. Daardoor had het uiteindelijk minder opgeleverd voor het VUMC dan was verondersteld.

Het centrum dat gespecialiseerd was in vrouwen problematiek had een initiatief van medische specialisten van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) verder ontwikkeld. De UMC-Holding had tevens financieel geparticipeerd in het centrum. Voor het UMCU had de samenwerking er voor gezorgd dat ze toch de zorg konden leveren aan de patiëntengroep, op een kwalitatief goede wijze. Daarnaast gaf dit initiatief het UMCU de mogelijkheid om te experimenteren met commerciële initiatieven en samenwerking.

De interacties tussen de zorgaanbieders in de casus en de huisartsen hadden betrekking op een sequentiële afhankelijkheid, omdat ze elkaar opvolgden in de keten: de output van de een was de input van de ander. In de casus ‘het sportmedisch centrum’ was het voor de specialistische kliniek belangrijk om regionaal beter ingebed te raken.

De regionale inbedding moest leiden tot meer verwijzingen vanuit de huisartsen en zo een opleidingsfunctie te behouden. Om meer bekend te worden bij de huisartsen, maakten de zorgaanbieders in de casus ‘het sportmedisch centrum’ en ‘Anderhalflijnzorg’ gebruik van de nascholing die voor huisartsen verplicht was. De betrokkenheid van de huisartsen bij de zorgvernieuwingstrajecten kwam in de casus moeilijk van de grond, omdat de huisartsen onvoldoende capaciteiten hadden structureel te participeren in projecten. Daarnaast waren de huisartsen geen sterke homogene groep, omdat de regionale huisartsenvereniging een beperkt mandaat had om te praten voor de zelfstandig functionerende huisartsen.

In de casus rondom langdurige zorg, vormde het RIO de schakel tussen zorgvraag en zorgaanbod. In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ was het contact tussen de zorgaanbieders en het RIO in eerste instantie wat stroef, omdat de zorgaanbieders eerst zelf de indicatiestelling hadden georganiseerd. De komst van het RIO had dus een nieuwe afhankelijkheidsrelatie gecreëerd. De RIO’s in beide casus, waren zeer bewust bezig hun onafhankelijkheid ten opzichte van het zorgaanbod te waarborgen.

Interacties met zorgvragers

In de bespreking van de institutionele context was naar voren gekomen dat er een aantal formele regelingen waren die de zorgvragers de mogelijkheid boden om in interactie met de zorgvrager te treden (necessity). Daarnaast probeerden de zorgvragers op meerdere momenten en bij meerdere gelegenheden contacten te onderhouden met de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Deze partijen hadden de formele taak om het zorgaanbod te organiseren en te coördineren. Door met deze partijen contacten aan te gaan wilden de zorgvragers invloed uitoefenen op het zorgaanbod en zo hun eigen belangen nastreven.

De zorgaanbieders kregen langzamerhand steeds meer belang bij kennis over de wensen en behoeften van de zorgvrager om vervolgens hun producten daarop af te stemmen. Vooral voor de nieuw toegetreden zorgaanbieders, die financieel meer afhankelijk zijn van de toestroom van patiënten, was dit belangrijk. Toch werd er in de casus nog vaak van uitgegaan dat de kennis over het patiëntenperspectief in de organisatie (bij de zorgverleners) aanwezig was. Hierdoor werd de betrokkenheid van patiënten(organisaties) niet per se noodzakelijk geacht. Vraagsturing zou uiteindelijk moeten leiden tot een symbiotische relatie tussen zorgvragers en zorgaanbieders, maar hiervan was dus nog geen sprake.

De contacten met de zorgvragers(organisaties) en de betrokkenheid van zorgvragers bij zorgvernieuwingstrajecten gaven ook legitimiteit aan het handelen van de zorgaanbieder. Het installeren van de cliëntenraad in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ is daarvan een voorbeeld. Daarnaast leiden de contacten met zorgvragersorganisaties tot bekendheid bij de doelgroep (contacten met categorale patiëntenorganisaties in de casus ‘Anderhalflijnzorg’).

In de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ waren de contacten tussen het RPCP en de zorgaanbieders incidenteel en vooral om elkaar te informeren. De zorgaanbieders zagen het RPCP wel structureel via regionale overlegvormen. De contacten met ouderenbonden waren ook incidenteel. De zorgvragers maakten geen onderdeel uit het zorgnetwerk, maar het netwerk was ten tijde van het onderzoek wel bezig om contacten te leggen met het RPCP.

De particuliere thuiszorgorganisatie in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ gaf aan weinig contact te hebben met patiëntenorganisaties, omdat de organisatie de individuele cliënt als primaire gesprekspartner zag. Het RPCP gaf aan dat het moeilijk was om

inzicht te krijgen in de particuliere markt. Ze vonden de aanwezigheid van private zorgaanbieders enerzijds een goede ontwikkeling vanwege de keuzemogelijkheden voor de cliënt, maar anderzijds waren ze er ook kritisch over, met name over het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De directie van het ziekenhuis in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ had structureel contact met de Provinciale Patiënten en Consumenten Federatie (PPCF), maar dat was geen intensief contact en met name om elkaar te informeren. Rondom het nieuwbouwproject waren de contacten wel enigszins geïntensiveerd. Daarnaast was er wel contact tussen de cliëntenraad van het ziekenhuis en de PPCF. De medisch specialisten hadden geen contact met de PPCF, maar wel met categorale patiëntenorganisaties. De specialisten werden wel eens gevraagd om een praatje te houden of zitting te nemen in de raad van advies van een verenging. De contacten waren niet structureel. De zorgvragers maakten geen onderdeel uit van het zorgnetwerk, wat door aanbieders als een belangrijk netwerk werd beschouwd. De zorgvragers werden soms wel geconsulteerd over projecten die uit het netwerk voortkwamen.

De kliniek in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ had incidenteel contact met de PPCF, met name rond concrete projecten. Daarnaast heeft de PPCF een zetel in de cliëntenraad van de kliniek. De PPCF had in de curatieve sector niet apart contact met specialisten. Ze hadden wel contact rondom specifieke projecten.

De reumapatiëntenvereniging had deels structureel en deels ad hoc contact met de Raad van Bestuur van de kliniek. Daarnaast hadden ze veel overleg met de reumaconsulent, die door de reumapatiëntenvereniging als intermediair werd gezien tussen de kliniek en de patiëntenorganisatie. De contacten met specialisten waren ad hoc en betroffen vooral voorlichting.

De centra in de casus ‘Anderhalflijnzorg’ hadden incidenteel contact met categorale patiëntenorganisaties, met name om elkaar op de hoogte te houden van initiatieven. Daarnaast zagen de centra de patiëntenorganisaties als PR-instrument. De patiëntenorganisaties werden niet echt gezien als een noodzakelijke bron van informatie over de wensen en behoeften van de zorgvrager. Hun betrokkenheid bij de vormgeving van zorgproducten werd in die zin ook niet noodzakelijk geacht.

De beschikbaarheid van de non-interactieve hulpbronnen was bij de zorgvragers een probleem, zowel qua financiële bronnen als qua mankracht. Dit zorgde ervoor dat het moeilijk was om intensief te participeren in overleggen. Het RPCP in de casus ‘Particuliere thuiszorg’ had daarnaast weinig interactieve hulpbronnen tot haar beschikking om invloed uit te oefenen op de zorgaanbieders en/of het zorgkantoor binnen de PGB-markt. Ze hadden geen wettelijke rechten en konden geen gebruik maken van hun relatie met het zorgkantoor (alleen om te informeren) of hun vertegenwoordiging in de regiovisie. De PPCF in de curatieve casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ gaf ook aan dat hun kennis met betrekking tot specifieke doelgroepen beperkt was, waardoor ze niet altijd op de juiste manier invulling konden geven aan de patiëntenvertegenwoordiging rondom specifieke onderwerpen, zoals de nieuwbouw van het ziekenhuis.

Ten opzichte van de zorgaanbieders was de kennis en informatie over het patiëntenperspectief het belangrijkste ruilmiddel, maar het werd door andere partijen nog niet altijd op waarde geschat. Daarnaast werd de rol van het RPCP als vertegenwoordiger van het patiëntenperspectief soms nog in twijfel getrokken.

De RPCP's waren zelf ook bezig met de legitimiteit van hun vertegenwoordigende rol. Ze waren zich sterk aan het oriënteren op hun relaties met de achterban en probe-

ren op allerlei manieren de contacten aan te halen. Zo werden er meldweken georganiseerd waarin mensen klachten kenbaar konden maken. De RPCP's probeerden ook door middel van incidentele panels een groter deel van de achterban te raadplegen.

Interacties met zorgverzekeraar

De zorgaanbieders (met uitzondering van de zorgaanbieder in de casus 'Particuliere thuiszorg') waren financieel afhankelijk van de zorgverzekeraars. Door de contractering met de zorgverzekeraars kregen de zorgaanbieders hun financiële middelen binnen. Daarnaast waren de zorgverzekeraars afhankelijk van de zorgaanbieders om hun zorgplicht te vervullen. Door de hervormingen in de gezondheidszorg, moesten zorgaanbieders steeds meer gaan concurreren voor contracten met de zorgverzekeraar en waren de financiële inkomsten dus minder vanzelfsprekend. De zorgverzekeraars moesten meer gaan concurreren om de gunsten van de verzekerden, waarbij hun inkoopbeleid belangrijker werd om zich te profileren. Daarmee werd de relatie tussen zorgaanbieder en zorgvrager dus steeds meer op scherp gezet.

In de casus 'Verzorgingshuiszorg aan huis' was het onderhouden van contacten met relevante actoren een expliciet aandachtspunt voor het zorgkantoor. Het zorgkantoor had wel een sterke wettelijke positie als zorginkoper, maar hun reputatie en het vertrouwen van andere actoren in de rol van de zorgkantoor als regisseur was nog niet honderd procent. De contacten tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor waren enerzijds gericht op het contracteren van zorg. Daarnaast werd het zorgkantoor geïnformeerd over initiatieven.

Het zorgkantoor in de casus 'Particuliere thuiszorg' had geen wettelijke rechten om invloed uit te oefenen op het particuliere zorgaanbod. De particuliere thuiszorgorganisatie had geen contractbesprekingen met het zorgkantoor, omdat het geen AWBZ-erkenning had, maar er bestonden wel contacten op operationeel niveau rondom specifieke casus en soms op strategisch niveau over initiatieven.

De zorgverzekeraar in de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' had een sterke wettelijke positie als zorginkoper en regisseur. Daarnaast had de zorgverzekeraar een sterke reputatie en de andere regionale partijen hadden veel vertrouwen in de regionale zorgverzekeraar. Het werkgebied van de zorgverzekeraar en het ziekenhuis overlaptten elkaar vrijwel geheel. Naast de contacten binnen regionale netwerken (de zorgverzekeraar, maakte deel uit van het zorgnetwerk) vonden er wettelijk gefundeerde overleggen plaats tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Er was tevens intensief contact over allerlei initiatieven.

De kliniek in de casus 'Het sportmedisch centrum' had een goed contact met de verzekeraars. Dit contact betrof ook allerlei ontwikkelingen, zoals de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC).

De zorgaanbieder in de casus 'Anderhalffijnzorg' had met de zorgverzekeraar die vanaf het eerste moment betrokken was bij het initiatief een intensief contact, zowel over financiën als over nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast had de zorgaanbieder ook contact met andere verzekeraars, zowel over contractafspraken als over nieuwe ontwikkelingen.

De zorgverzekeraars en zorgkantoren gaven aan beperkte financiële en personele middelen te hebben wat invloed had op de wijze waarop ze hun taken uitvoerden. Zo was voor het zorgkantoor in de casus 'Particuliere thuiszorg' de beheerstaak toegenomen sinds de nieuwe PGB-regeling, maar door de beperkte non-interactieve hulpbronnen (vooral tijd, personeel, capaciteit) was het lastig om daar aan te voldoen. Dit kwam de

reputatie van het zorgkantoor ook niet ten goede. Ze probeerden wel hun kennis uit te breiden door overleggen te voeren met de PGB-consulent van het RPCP en overleg te voeren met andere zorgkantoren binnen de koepelorganisatie.

De patiënten- en consumentenorganisaties wendden hun relatie met de zorgverzekeraar aan om het zorgaanbod te beïnvloeden. De zorgvragersorganisaties hadden regelmatig overleg met de zorgverzekeraars en zorgkantoren en zorgvragers zaten ook in verzekerdenraden. Zorgverzekeraars onderkenden ook steeds meer het belang van de contacten met de zorgvragers. Zo gaf een zorgkantoor aan dat het door de contacten met het RPCP de efficiëntie van de eigen organisatie konden verhogen. Op basis van de informatie van het RPCP kon het zorgkantoor zorg inkopen die beter was afgestemd op de wensen van de verzekerden. De RPCP's boden ook informatie over de kwaliteit van de dienstverlening door de kwaliteitsjaarverslagen van de zorgaanbieders te toetsen en de uitkomsten door te spelen aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren.

De zorgverzekeraars en zorgkantoren waren zich nog aan het oriënteren op hun nieuwe rol als regisseur. Ze spraken voornemens uit om zich meer met de inhoud van de zorg bezig te houden en ook kwaliteitsaspecten mee te nemen in contractbesprekingen. In de bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten waren de zorgverzekeraars en zorgkantoren echter vooral betrokken bij de financiële aspecten, met uitzondering van de zorgverzekeraar in de casus 'Anderhalffijnzorg'.

8.3.5 Strategisch handelen

De ontwikkelingen die zich in de gezondheidszorg voordoen zorgen er voor dat actoren zich steeds meer gaan oriënteren op hun afhankelijkheden met de omgeving en gaan proberen deze afhankelijkheden te beïnvloeden teneinde de eigen doelstellingen na te streven. Actoren kunnen verschillende strategieën toepassen om om te gaan met de afhankelijkheidsrelaties die ze hebben met actoren in hun omgeving. Actoren kunnen het zo organiseren dat het minder 'kost' om tegemoet te komen aan de eisen van andere organisaties. Daarnaast kunnen organisaties de afhankelijkheidsrelaties aanpassen. Dit kan enerzijds worden gerealiseerd door de eigen doelstellingen zodanig aan te passen dat de afhankelijkheidsrelaties minder belangrijk worden. Daarnaast kan de afhankelijkheidsrelatie gelijkwaardiger worden gemaakt door het belang van de afhankelijkheidsrelatie voor de andere actor groter te maken (Emerson, 1962). Afhankelijkheidsrelaties kunnen ook gebruikt worden om andere organisaties te beïnvloeden om op die manier eigen doelstellingen na te streven. Dit kan worden gedaan door actoren te voorzien van hulpbronnen of juist hulpbronnen weg te nemen (van Heffen & Kerkhoff, 1999).

De Nederlandse overheid probeert met haar gezondheidszorgbeleid vorm te geven aan de afhankelijkheidsrelaties op de verschillende markten in de gezondheidszorg. Door de introductie van marktwerking moet de afhankelijkheid van zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van de zorgvrager/verzekerde worden vergroot.

De casus lieten echter zien dat introductie van concurrentie onzekerheid creëerde voor zorgaanbieders op regionaal niveau die veel interacties hadden om elkaar te informeren en gezamenlijk doelstellingen na te streven. Toch oriënteerden de zorgaanbieders zich wel op de kansen en mogelijkheden die de veranderende context van de gezondheidszorg bood. In de casus 'Verzorgingshuishouding aan huis' hadden de thuiszorgorganisatie en het verzorgingshuis gekozen voor een intensieve samenwerking, wat zorgde voor onderlinge commitment. Toch spraken ze duidelijk uit dat ze wel onafhankelijk

wilden blijven. Ook binnen het bredere zorgnetwerk werd de onafhankelijkheid van de partijen gewaarborgd. Het gezamenlijk nastreven van doelen stond echter nog steeds bovenaan, al werd ook geprobeerd om via het stimuleren van de keuzevrijheid van de cliënt meer onafhankelijkheid te creëren. Zowel de thuiszorg als het verzorgingshuis gaven aan dat ze in toenemende mate tegemoet kwamen aan de eisen van de cliënt. En ook onderling was duidelijk afgesproken dat het uiteindelijk de klant is die bepaalde wie de zorg leverde.

In de casus ‘Particuliere thuiszorg’ was de zorgaanbieder ontstaan uit een strategische reactie van de reguliere thuiszorgorganisatie op de introductie van het PGB-instrument en het inspelen op de mogelijkheden om een nieuwe personeelsmarkt aan te boren. Deze lijn was voortgezet in de verdere ontwikkeling van de particuliere thuiszorgorganisatie als zelfstandige zorgaanbieder. Er waren bewuste strategische keuzes gemaakt om de particuliere thuiszorgorganisatie verder uit te breiden:

- Het niet aanvragen van een AWBZ-erkenning om de bijkomende beperkingen te ontlopen;
- Het aanvragen van een HKZ-keurmerk om vertrouwen te wekken;
- Het aangaan van samenwerkingsverbanden met reguliere zorgaanbieders om het onderaannemersschap verder uit te breiden en het productenpalet te ontwikkelen.

De zorgaanbieder had de invloed/afhankelijkheid van de moederorganisatie weten terug te brengen door alternatieve hulpbronnen (nieuwe klanten) aan te boren. Daarnaast had de zorgaanbieder zich aangesloten bij de branche-organisatie om meer inzicht te krijgen in andere organisaties, om communicatiekanalen te creëren en om legitimiteit te creëren. Daarnaast legde de zorgaanbieder veel nadruk op het verhogen van efficiëntie en door fusies aan te gaan vergrootte de zorgaanbieder de organisatie en daarmee de afzetmarkt.

Het ziekenhuis in de casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’ had voor het realiseren van zijn eigen doelstellingen een goede regionale inbedding nodig. Door te investeren in het regionale netwerk en de huisartsen werden de afhankelijkheidsrelaties versterkt. Ook de kliniek in de casus ‘Het sportmedisch centrum’ had een sterkere regionale inbedding nodig, om zijn opleidingsfunctie en een bredere case-mix te behouden. Het SMC moest enerzijds zorgen voor deze regionale inbedding, maar anderzijds was het ook een strategische oriëntatie geweest van de kliniek om meer in te gaan zetten op sportgeneeskunde.

De zorgaanbieder in de casus ‘Anderhalffijnzorg’ creëerde een afhankelijkheidsrelatie met de academische ziekenhuizen door zorg van ze over te nemen.

De zorgverzekeraars probeerden de afhankelijkheidsrelaties met de zorgaanbieders te transformeren in het kader van de nieuwe rol- en verantwoordelijkheidsverdeling. De veranderingen in het overeenkomstenstelsel gaven de zorgverzekeraar de mogelijkheid om voor een meer zakelijke opstelling te kiezen. Door het afschaffen van de contracterplicht was de afhankelijkheid van de zorgverzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders namelijk verminderd. Daarbij probeerden de zorgverzekeraars steeds meer kwaliteitsaspecten en het patiëntenperspectief op zorg te incorporeren in het inkoopbeleid. Voorbeelden daarvan waren het afdwingen van de participatie van de RPCP's in projecten van zorgaanbieders en het meenemen van de evaluaties van de kwaliteitsjaarverslagen en geformuleerde kwaliteitsindicatoren van de RPCP's in de contractbesprekingen.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren gingen zich ook steeds meer oriënteren op de wensen en behoeften van de zorgvrager. Daarbij werd de patiëntenorganisatie echter niet meteen als vanzelfsprekende vertegenwoordiger gezien. Veelal werden er andere instrumenten ingezet waarbij er directe communicatie met de eigen klanten ontstond, zoals tevredenheidsonderzoeken en panels. Dit verminderde de mogelijkheden voor zorgvragersorganisaties om aanbieders te beïnvloeden.

De zorgvragers bevonden zich in een spanningsveld tussen onafhankelijkheid van andere veldpartijen en samenwerking om meer hulpbronnen te genereren. Door zoveel mogelijk contacten met actoren aan te gaan, probeerden ze in ieder geval hun afhankelijkheid van andere actoren te coördineren en inzicht te krijgen in het beleid van het zorgkantoor en de zorgaanbieder.

De zorgvragersorganisaties ontwikkelden zich ook steeds sterker als belangenbehartigers. Zo was het RPCP in de casus 'Particuliere thuiszorg' pro-actief geweest door in reactie op de nieuwe PGB-regeling een PGB-steunpunt op te zetten en een PGB-consulente in te zetten. Daarnaast probeerden de RPCP's actief kennis te verwerven over de wensen en behoeften van hun achterban. De zorgvragersorganisaties probeerden ook door kritische zelfreflectie, communicatie met hun achterban en samenwerkingsrelaties met relevante actoren hun rol als belangenbehartiger te versterken. Het RPCP investeerde veel in haar relatie met de achterban, omdat dat deze relatie de basis vormde voor de legitimiteit van de rol als vertegenwoordiger.

Naast marktwerking waren er vanuit de overheid ook allerlei participatiemogelijkheden gecreëerd voor zorgvragers, zoals de cliëntenraad, de regiovisie en adviesraden bij zorgverzekeraars. Het incorporeren van externe actoren in de organisatie is ook een strategie om met afhankelijkheden om te gaan. Door deze vorm van coördinatie wordt onzekerheid gereduceerd. De casus laten zien dat de WMCZ in een aantal gevallen heeft geleid tot de opzet van cliëntenraden. In de casus 'Het sportmedisch centrum' had de kliniek echter al veel eerder een Patiëntenadviesraad opgezet. Het ziekenhuis in de casus 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' daarentegen had pas een cliëntenraad opgezet toen de organisatieontwikkeling richting een vraaggestuurd ziekenhuis van start ging. De rol van de cliëntenraden in de specifieke zorgvernieuwingstrajecten was beperkt en met name informerend. Daarnaast waren nieuwe initiatieven op het gebied van cliënteninput meer gericht op de individuele cliënten. Dit zorgde er voor dat zorgaanbieders zelf grip konden houden op de informatie over de wensen en behoeften van de zorgvragers en daarvoor niet afhankelijk waren van andere actoren.

8.3.6 Conclusie

De analyse van de casus aan de hand van de beïnvloedende factoren die in hoofdstuk vier zijn onderscheiden geeft een beter inzicht in de wijze waarop het handelen van de actoren tot stand komt.

De gezondheidszorg heeft een sterk publiek karakter. De overheid heeft een grondwettelijke taak om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Daartoe formuleert de overheid een gezondheidszorgbeleid. De casus laten zien dat dit beleid wel degelijk invloed heeft op de praktijk van de gezondheidszorg. Enerzijds structureert en beperkt het beleid het handelen van de zorgaanbieders, maar anderzijds creëren de hervormingen ook mogelijkheden voor de zorgaanbieders. Het overheidsbeleid heeft zeker een stimulerende werking op de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg gehad. Het biedt wettelijke waarborgen voor patiëntenparticipatie en invloed van het vragersperspectief op het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast creëert het ook prikkels voor deze partijen om uit zichzelf (zonder wettelijke

verplichtingen) meer rekening te houden met het patiëntenperspectief.

De casestudies laten echter ook zien dat er (steeds) meer mogelijkheden zijn voor zorgaanbieders om buiten de institutionele kaders van het overheidsbeleid te treden, waarmee veel wettelijk gecreëerde mogelijkheden voor zorgvragers om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod wegvallen en marktmechanismen het (moeten) overnemen. Daarnaast wordt de uiteindelijke uitwerking van het overheidsbeleid sterk beïnvloed door de kenmerken van het primaire proces en de (regionale) afhankelijkheidsrelaties tussen veldpartijen.

Binnen de langdurige zorg is de participatie van zorgvragers veelal meer ontwikkeld dan in de curatieve zorg wat mede wordt veroorzaakt door de kenmerken van het primaire proces. Langdurige zorg vraagt om afstemming tussen verschillende zorgvormen en tussen de zorg en het dagelijks leven van de cliënt. In de curatieve sector is sprake van een sterke positie van de medisch specialist, omdat het primaire proces medisch-technisch complex is. Het vragersperspectief wordt in deze sector ook vaak ingevuld vanuit een medisch-specialistisch perspectief.

De regionale (institutionele) context werkt als buffer voor de hervormingen die vanuit de landelijke overheid worden ingezet. De casus laten zien dat afstemming en coördinatie op regionaal niveau marktgeoriënteerde ontwikkelingen afzwakken. Zelfs nieuw toegetreden zorgaanbieders kiezen in eerste instantie voor afstemming om geaccepteerd te worden en een legitieme positie voor zichzelf te creëren.

Daarnaast spelen afhankelijkheidsrelaties een belangrijke rol in de wijze waarop vraagsturing vorm krijgt. Zorgaanbieders delen veel belangen en daarom zijn er veel symbiotische afhankelijkheidsrelaties. Ook tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan symbiotische afhankelijkheidsrelaties, waarbij beide partijen elkaar nodig hebben om hun taken te vervullen. De relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft (nog) grotendeels betrekking op financiële aspecten. De zorgverzekeraars zijn ook bezig om een regisseursrol te ontwikkelen, maar de zorgverzekeraars houden zich nog niet sterk bezig met de inhoudelijke aspecten van de zorg.

De zorgvragers proberen op meerdere manieren invloed uit te oefenen op het zorgaanbod en betrokken te zijn bij zo veel mogelijk besluitvormingsprocessen. Ze hebben wel contacten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar deze zijn nog sterk gericht op wederzijds informeren. Er is veelal nog geen sprake van wederzijdse afhankelijkheid. Zorgvragersorganisaties kunnen informatie bieden over de wensen en behoeften van de zorgvragers en ze kunnen legitimiteit bieden aan het handelen van zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren echter nog geen sterke afhankelijkheid ten opzichte van zorgvragersorganisaties. Informatie over de wensen en behoeften van de zorgvragers worden door de zorgaanbieders geïnventariseerd bij de eigen patiënten en/of de medisch specialisten. De legitimiteit die de betrokkenheid van zorgvragersorganisaties kan geven aan initiatieven van de zorgaanbieders wordt langzamerhand wel steeds meer onderkend.

De zorgvragers proberen ook via de zorgverzekeraars invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. Zorgverzekeraars erkennen dat zorgvragersorganisaties hen kunnen helpen bij het uitvoeren van hun taken.

8.4 Inzicht in de vormgeving van vraagsturing

Door het positioneren van de casus ten opzichte van de drie perspectieven op vraagsturing kwam naar voren dat er variatie bestond tussen de wijze waarop men sprak over de zorgvernieuwingstrajecten en vraagsturing en hoe daar in de praktijk vorm aan werd gegeven. De wijze waarop de perspectieven naar voren komen in de retoriek en de praktijk van de gezondheidszorg kan worden verklaard door de beïnvloedende

factoren die in hoofdstuk vier zijn onderscheiden.

In de praktijk komt het participatieperspectief sterker naar voren dan in de retoriek. Dit kan worden verklaard door het overheidsbeleid en de kenmerken van het primaire proces. De overheid creëert wettelijke rechten voor zorgvragers om te participeren in de besluitvorming. Daarnaast is in de langdurige zorg de participatie van de zorgvrager gebaseerd op de kenmerken van het primaire proces. Dat vraagt om afstemming met (het dagelijkse leven van) de zorgvrager. Ook in de curatieve sector komt naar voren dat bij de meer chronische zorg de participatie van de zorgvrager belangrijker wordt geacht. Daarbij is er wel een spanningsveld tussen participatie vanuit zorginhoudelijke overwegingen en participatie vanuit het idee van het participatieperspectief: gedeelde verantwoordelijkheid en verantwoording. Het laten participeren van stakeholders binnen de organisatie kan ook een strategie zijn om de onzekerheid omtrent afhankelijkheidsrelaties te reduceren. Dit is in de casus echter niet aan de orde gekomen.

De nuancering van het economische perspectief in de praktijk komt door de afhankelijkheidsrelaties en gegroeide regionale verhoudingen tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de casus wordt ook aangegeven dat de institutionele context het innovatieve gedrag van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars inperkt. Daarnaast draagt de institutionele context ook bij aan de zwakke positie van de zorgvrager. De regionale verhoudingen zijn gesloten, waardoor de zorgvrager moeilijk toegang krijgt. Er bestaan sterke afhankelijkheidsrelaties tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn echter nog onvoldoende afhankelijk van de zorgvragers. De zorgvrager wordt in sommige casus wel gezien als een consument die gebruik maakt van keuzemogelijkheden, maar in andere casus wordt ook verondersteld dat de zorgvrager deze rol niet geheel op zich kan nemen of daar in ieder geval in ondersteund moet worden.

Het zorginhoudelijke perspectief is in de langdurige sector sterk aanwezig. De regie wordt duidelijk bij de zorgvrager neergelegd en er wordt ondersteuning geboden om die regie daadwerkelijk te kunnen realiseren. Het zorginhoudelijke perspectief wordt in de curatieve sector gedomineerd door een medisch-specialistisch perspectief. Dit wordt mede veroorzaakt door de medisch-technische complexiteit van de zorg die leidt tot professionele autonomie van de medisch specialisten. De professionele autonomie creëert een grote invloed van de medisch specialisten op de organisatie en inhoud van de zorg. De 'needs' (medisch geïndiceerde behoeften) voeren de boventoon. Wanneer de zorg binnen de curatieve sector echter langduriger van aard wordt, ontstaat er meer aandacht voor de 'wants' en 'demands' van de zorgvrager.

Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat met name de kenmerken van het primaire proces en de afhankelijkheidsrelaties sterk beïnvloedende factoren zijn. Deze twee factoren komen uiteindelijk samen in het participatie perspectief waar een spanningsveld ontstaat tussen de zorginhoudelijke basis en de meer bestuurlijke basis voor participatie van de zorgvragers.

9 Conclusie en discussie

9.1 Inleiding

De opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg is een resultante van verscheidene processen, specifiek voor de gezondheidszorg, maar ook algemeen geldend voor de Nederlandse samenleving. Maatschappelijke, demografische, (medisch-)technologische en bestuurlijke ontwikkelingen hebben hun weerslag op de vormgeving van vraagsturing.

Er bestaan verschillende visies over en verwachtingen van vraagsturing die doorklinken in de wijze waarop er over vraagsturing wordt gesproken en de wijze waarop vraagsturing wordt geïmplementeerd in de Nederlandse gezondheidszorg.

Het onderzoek dat in de voorgaande hoofdstukken is besproken had als doel inzicht te verwerven in de wijze waarop actoren op regionaal, lokaal en instellingsniveau omgaan met en praktisch vormgeven aan het concept vraagsturing. De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidde in dit kader als volgt:

Welke betekenis krijgt vraagsturing binnen de Nederlandse gezondheidszorg?

Van deze centrale vraag zijn de volgende deelvragen afgeleid:

1. Hoe kan de opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg worden begrepen?
2. Hoe wordt vraagsturing gedefinieerd?
3. Welke perspectieven op vraagsturing kunnen worden onderscheiden?
4. Welke factoren beïnvloeden de vormgeving van vraagsturing in de context van de Nederlandse gezondheidszorg?
5. Op welke wijze wordt in de praktijk vormgegeven aan vraagsturing?

Deze deelvragen zullen dienen als leidraad om in dit concluderend hoofdstuk de resultaten van het onderzoek terug te koppelen naar de centrale vraagstelling. In de komende paragrafen zal daartoe elke deelvraag worden beantwoord. Eerst zal echter de opzet van het onderzoek worden besproken. De keuzes die gemaakt zijn in de opzet van het onderzoek hebben namelijk invloed op de uiteindelijke resultaten en zeggingskracht van het onderzoek.

9.2 Opzet van het onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek was de dynamiek rondom de introductie en ontwikkeling van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Op meerde (beleids)niveaus in de gezondheidszorg worden verschillende maatregelen genomen om vraagsturing vorm te geven. Tevens worden er vanuit verschillende perspectieven debatten gevoerd over het concept vraagsturing. Om meer inzicht te krijgen in de wijze waarop vraagsturing tot ontwikkeling komt en uiteindelijk betekenis krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg is een verkennend onderzoek uitgevoerd. Dit betekent dat de empirie van de ontwikkeling van en betekenisgeving aan vraagsturing in de gezondheidszorg is beschreven in al zijn facetten zonder dit te toetsen aan vooraf geformuleerde hypothesen.

Het onderzoek kent drie onderdelen: Eerst heeft er een verkenning plaatsgevonden van het publieke debat over vraagsturing. Dit is in hoofdstuk twee besproken. Deze verkenning heeft als leidraad gediend voor de andere twee onderdelen van het onderzoek. Het tweede onderdeel betrof een verkenning van het overheidsbeleid omtrent de Nederlandse gezondheidszorg en specifiek vanuit het concept vraagsturing. Het laatste onderdeel van het onderzoek waren vijf casestudies naar zorgvernieuwingstrajecten. Door het uitvoeren van de casestudies is inzicht verworven in de dagelijkse praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg en de betekenis die in deze context aan vraagsturing wordt gegeven.

Het feit dat het onderzoek verkennend van aard is, houdt niet in dat het onderzoek ongestructureerd is uitgevoerd. Op basis van het eerste onderdeel van het onderzoek, de verkenning van het debat over vraagsturing, zijn drie perspectieven onderscheiden die als leidraad hebben gediend voor de verkenning van de betekenis van vraagsturing. Daarnaast zijn in hoofdstuk vier potentieel beïnvloedende factoren beschreven die verklaringen bieden voor de wijze waarop vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg daadwerkelijk betekenis krijgt. Aan de hand van deze factoren is de dataverzameling semi-gestructureerd uitgevoerd. Dit houdt in dat de gekozen opzet van het onderzoek de dataverzameling structureerde, maar tegelijkertijd ruimte bood aan de onderzoeker om casusspecifieke elementen nader te inventariseren en daarmee het verkennende karakter van het onderzoek te waarborgen.

De doelstelling van het onderzoek was om een brede verkenning uit te voeren naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit betekent dat er niet voor gekozen is om in te zoomen op een specifieke aspect of instrument van vraagsturing. Het gaat om de betekenis van het totaal aan deelaspecten en instrumenten. Hoe deze samen bijdragen en vormgeven aan vraagsturing, zowel in de curatieve sector als rondom de langdurige zorg. Door de betekenis van vraagsturing in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg inzichtelijk te maken, wordt duidelijk wat uiteindelijk van alle theoretische en ideologische debatten en verhandelingen over vraagsturing doordringt en beklijft in de dagelijkse praktijk van zorgverlening.

De beperkingen die een kleine N (vijf casestudies) met zich meebrengt, worden onderkend. De bevindingen hebben daardoor een beperkte generaliseerbaarheid. De casus zijn echter zo geselecteerd dat zowel de kortdurende als de langdurende somatische zorg vertegenwoordigd zijn. Dit geeft de mogelijkheid om te kijken naar de invloed van de kenmerken van het primaire proces. Daarnaast zijn casus geselecteerd die zorgvernieuwing in de reguliere zorg representeren en casus die zorgvernieuwing in een meer nieuwe, commerciële institutionele context representeren. Hierdoor kan wat worden gezegd over de invloed van de institutionele context.

9.3 De opkomst van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg

De introductie en ontwikkeling van vraagsturing is geen resultaat van een revolutionaire omslag in het denken over de gezondheidszorg en de rol van de zorgvrager in deze sector. De opkomst van vraagsturing kan begrepen worden als een resultante van meer incrementele ontwikkelingen, zowel in de gezondheidszorg als in de Nederlandse samenleving. Zo is er in de Nederlandse samenleving al langer een emancipatiebeweging gaande. Burgers worden mondiger, zijn beter geïnformeerd en komen meer op voor hun eigen belangen. Deze beweging heeft zich ook in de Nederlandse gezondheidszorg gemanifesteerd. In het begin van de jaren tachtig is de patiëntenbeweging opgekomen om te strijden voor een evenwichtigere arts-patiëntrelatie en de

emancipatie van de patiënt.

Een andere ontwikkeling die heeft bijgedragen aan de opkomst van vraagsturing is de ontwikkeling van de (vraag naar) gezondheidszorg. De maatschappelijke ontwikkelingen leiden samen met de demografische en medisch-technologische ontwikkelingen tot een groeiende vraag naar zorg. De demografische ontwikkelingen leiden tot een vergrijzende, multiculturele samenleving, met een toenemend aantal chronisch zieken die langdurige zorg nodig hebben. Deze ontwikkelingen vragen om meer aandacht voor de psychologische, sociale en ethische aspecten van zorgverlening.

De toenemende vraag naar zorg (op maat) leidt tot een groeiende financiële druk op de gezondheidszorg als publieke sector. Om het publieke karakter van de gezondheidszorg te behouden wordt een heroriëntatie op de aansturing van de gezondheidszorg noodzakelijk geacht. Nederland bevindt zich, net als andere landen met een uitgebreid sociaal gezondheidszorgsysteem, in een periode van bestuurlijke vernieuwing, waarbij liberalisering van de gezondheidszorg wordt geïntroduceerd als alternatief voor stringente overheidssturing. Verantwoordelijkheden worden gedecentraliseerd naar de veldpartijen.

Ook de positie van de zorgvrager staat centraal in de discussies over de herinrichting van het gezondheidszorgsysteem. Zorgaanbieders en verzekeraars moeten zich meer laten leiden door de wensen en behoeften van hun cliënten. Daarnaast moeten zij zich horizontaal verantwoorden in plaats van alleen rekenschap afleggen richting de overheid. Burgers moeten echter niet alleen de aanbodzijde ter verantwoording roepen. Ze moeten ook zelf meer betrokken raken bij de (organisatie van de) gezondheidszorg.

De ontwikkelingen die zich op nationaal niveau laten duiden, hebben uiteindelijk hun uitwerking in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. De vijf bestudeerde casus hebben inzicht geboden in de motivatie die ten grondslag lag aan het initiëren van zorgvernieuwingstrajecten. Bij alle casus heeft het liberaliserende overheidsbeleid bijgedragen aan de totstandkoming van de zorgvernieuwingstrajecten. Zo waren 'Het sportmedisch centrum' (SMC) en de reorganisatie van 'Het vraaggestuurde ziekenhuis' voortgekomen uit een strategische oriëntatie van de zorgaanbieders op hun positie binnen de (regionale) zorgketen. Daarnaast waren sommige zorgvernieuwingstrajecten een reactie op concrete overheidsmaatregelen. Zo was de 'Particuliere thuiszorgorganisatie' opgezet in reactie op de PGB-regeling in de AWBZ-sector. 'Verzorgingshuiszorg aan huis' (VAH) was een reactie op de extramuraliseringstendens in de intramurale AWBZ-zorg. Daarnaast was VAH een reactie op een groeiende vraag c.q. verwachting van (potentiële) klanten. Ook de opzet van het SMC bood de zorgaanbieder de mogelijkheid om in te springen op een groeiende vraag naar een sportgerelateerd zorgaanbod.

Tot slot waren sommige initiatieven ook voortgekomen uit de beperkingen van het gezondheidszorgsysteem. Zo wilden de initiatiefnemers van de anderhalfflijncentra laten zien dat de zorg beter georganiseerd kon worden. Daarbij waren de betrokken academische ziekenhuizen gestimuleerd om mee te werken, omdat zij door de huidige opzet van het gezondheidszorgsysteem te weinig (financiële) mogelijkheden hadden om de zorg zelf te leveren of te weinig (financiële) stimulans kregen om bepaalde typen zorg als speerpunt te behouden. De onderzochte 'Particuliere thuiszorgorganisatie' had er zelfs bewust voor gekozen om geen AWBZ-erkenning aan te vragen om zo buiten de beperkende institutionele context van de AWBZ te kunnen opereren.

De achterliggende motieven van de bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten laten zien dat overheidsmaatregelen medebepalend zijn voor het (strategisch) handelen van veldpartijen. De brede maatschappelijke, demografische en medisch-technologische

ontwikkelingen beïnvloeden ook duidelijk het handelen van actoren. Dit gebeurt niet alleen via het overheidsbeleid. De brede ontwikkelingen in de samenleving vormen ook een (directe) aanleiding tot zorginnovatie.

9.4 Definities van vraagsturing

Er bestaat een grote verscheidenheid aan definities van vraagsturing. Daarnaast worden veel gerelateerde termen gehanteerd, zoals vraaggerichtheid en belevingssgerichte zorg. De variatie tussen de verschillende definities en gerelateerde termen kan worden teruggebracht tot drie aspecten: de zeggenschapsverdeling, de inhoud van de zorgvraag en de positionering van vraagsturing in het bestuurlijke systeem.

De variatie omtrent de zeggenschapsverdeling kan worden weergegeven door het onderscheid tussen vraaggerichte zorg en vraaggestuurde zorg. Bij vraaggerichte zorg ligt de uiteindelijke regie over het zorgverleningsproces bij de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de overheid. Deze ‘traditionele’ partijen oriënteren zich bij de organisatie van de zorg op het patiëntenperspectief. Bij vraaggestuurde zorg ligt de regie geheel bij de zorgvrager. Er kan worden geconcludeerd dat de verschillende definities tussen vraagsturing en de gerelateerde termen zich bevinden op het continuüm tussen ‘sturing door de vraag’ en ‘sturing van de vraag’. Vraagsturing heeft daarbij met name betrekking op sturing door de vraag, terwijl vraaggerichtheid meer richting sturing van de vraag gaat.

Naast de zeggenschapsverdeling is het van belang om te specificeren over welke ‘vraag’ gesproken wordt in relatie tot vraagsturing. Daarbij geeft het onderscheid tussen ‘needs’, ‘wants’, en ‘demands’ de mogelijke variatie aan tussen een medisch objectief vastgestelde vraag en een subjectief geuite vraag. Naast het feit dat de vraag naar zorg op meerdere manieren wordt ingevuld, worden ook de zorgvrager op verschillende rollen aangesproken. Het individu heeft binnen de gezondheidszorg meerdere rollen: die van zorgvrager, zorgverzekerde en burger. De gehanteerde definities variëren in de wijze waarop de rol van het individu wordt getypeerd. Daardoor wordt door de verschillende definities op andere belangen en verantwoordelijkheden van het individu binnen de gezondheidszorg gewezen al naar gelang de rol die het individu toegewezen krijgt.

Tot slot wordt vraagsturing op verschillende beleidsniveaus gepositioneerd. Het gezondheidszorgproces dat centraal staat in de gezondheidszorg vindt plaats op het niveau waar individuele zorgvragers en hulpverleners interacties met elkaar aangaan. Vraagsturing, of daaraan gerelateerde maatregelen, worden echter ook op andere, meer collectieve niveaus gepositioneerd. Door decentralisatie en deregulering wordt met name het regionale niveau steeds belangrijker als niveau waarop interacties en besluitvorming plaatsvinden.

Definities in het overheidsbeleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hanteert de definities van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor de termen vraaggerichte zorg en vraagsturing:

“Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënten en hulpverleners die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden.”

“Vraagsturing is het mogelijk maken dat binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg en de daaraan direct gerelateerde beleidsterreinen beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden.”

Deze definitie van vraagsturing kan zeker niet worden geplaatst aan het uiteinde van het continuüm bij sturing door de vraag. De structuur en financiering van de publieke sector vormt het kader waarbinnen andere actoren dan de zorgvrager zelf tegemoet komen aan de wensen van de zorgvrager. De definitie van vraaggerichte zorg gaat meer uit van samenwerking tussen vrager en aanbieder, waarbij een evenwicht wordt nagestreefd tussen de medisch-professionele deskundigheid van de zorgverlener en de ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager. In deze definities wordt uitgegaan van een combinatie tussen 'needs' en 'wants' waarbij de zorgvrager met name wordt aangesproken op zijn rol als patiënt c.q. partner van de hulpverlener. In de nota's die het beleid van de overheid verder toelichten wordt de zorgvrager echter ook aangesproken op zijn rol als consument en burger. Door de keuzevrijheid van de zorgvrager als belangrijk aspect van vraaggestuurde zorg naar voren te brengen wordt de rol van consument benadrukt. Door de eigen verantwoordelijkheid van het individu omtrent de consumptie van collectieve middelen te benadrukken, wordt de rol van burger naar voren gebracht.

Op collectief niveau wordt ook de countervailing power benadrukt die de zorgvrager ten opzichte van de andere veldpartijen kan vormen. De zorgvragersorganisaties kunnen daarbij zowel een collectieve inkoopmacht vormen als een collectieve onderhandelingsmacht.

Definities in de casus

In de onderzochte casus zijn geen eenduidige definities van vraagsturing naar voren gekomen. Er werden meerdere begrippen gehanteerd die in meerdere of mindere mate gerelateerd zijn aan vraagsturing. In de bestudeerde documenten werden begrippen, zoals vraagsturing en vraaggerichte zorg wel gehanteerd, maar er werd weinig prioriteit aan gegeven om deze begrippen te definiëren. De respondenten leken uit te gaan van een onuitgesproken consensus over de betekenis van vraagsturing. Een expliciete definiëring werd niet nodig en zelfs verwarrend geacht. Daarbij werd ook aangegeven dat discussies over retoriek de daadwerkelijke vormgeving van zorgvernieuwingstrajecten in gevaar konden brengen.

In de wijze waarop werd gesproken over de zorgvernieuwingstrajecten kwam het spanningsveld tussen 'needs' (medisch geïndiceerde zorgvraag) en de subjectieve behoefte van de zorgvrager ('wants') naar voren, waarbij de zeggenschap uiteindelijk met name bij de zorgaanbieder c.q. individuele hulpverlener bleef.

In de bestudeerde documenten en de gevoerde gesprekken werd de zorgvrager vooral omschreven in zijn rol als mondige zorgvrager die partner is van de zorgverlener in het zorgverleningsproces. Daarnaast werd de zorgvrager gezien als een consument met keuzevrijheid. De zorgvrager werd vooral als individu besproken niet zozeer als partij op collectief niveau.

9.5 Perspectieven op vraagsturing

Naast het feit dat er verschillen bestaan tussen de gehanteerde definities en termen, kunnen ook overeenkomsten worden gevonden. De overeenkomsten laten zich terugbrengen tot de volgende centrale elementen:

- Soevereiniteit van de zorgvrager;
- Zeggenschap van de zorgvrager over het zorgaanbod¹;
- Vaardigheden van de zorgvrager om zeggenschap uit te oefenen;
- Responsiviteit van de aanbodzijde ten opzichte van het vragersperspectief;
- Wederkerigheid tussen veldpartijen in het nastreven van vraaggestuurde zorg.

Om in de praktijk vorm te geven aan (de centrale elementen van) vraagsturing kunnen vier groepen van instrumenten worden onderscheiden. Juridische instrumenten bestaan uit rechten, plichten en beperkingen. De economische instrumenten hebben betrekking op het creëren van financiële incentives binnen een marktsituatie. De communicatieve instrumenten zijn vooral gericht op het uitwisselen van informatie, het creëren van wederzijds inzicht tussen partijen en transparantie. De participatiemogelijkheden, tot slot, hebben betrekking op samenwerkingsrelaties, gedeelde verantwoordelijkheden en het uitspreken van intenties naar elkaar door partijen. Elk van de instrumenten draagt bij aan het verwezenlijken van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg en helpt de verschillende betrokken actoren hun toegewezen rol en taken te vervullen.

Er bestaan verschillende visies op de wijze waarop de onderscheiden centrale elementen invulling moeten krijgen en hoe de onderscheiden instrumenten daartoe ingezet moeten worden. Uiteindelijk kunnen er drie perspectieven op vraagsturing worden onderscheiden: het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief.

In het economische perspectief krijgt vraagsturing vorm door afstemming tussen vraag en aanbod via het marktmechanisme. De zorgvrager gedraagt zich als rationele consument en maakt een keuze tussen concurrerende aanbieders. Het participatie perspectief benadrukt de actieve rol van de zorgvrager bij het vormgeven van zijn eigen zorgverlening en de gezondheidszorg als geheel. De zorgvrager wordt benaderd in zijn rol als actief burger. Het zorginhoudelijke perspectief richt zich met name op de hulpverleningsrelatie. Daarbij is de zorgvrager de partner van de hulpverlener en moeten beide partijen inzet tonen voor het creëren van een optimale behandeling. De perspectieven verhouden zich tot de centrale elementen van vraagsturing als in Tabel 9.1.

Tabel 9.1

	<i>Economische perspectief/ Gereguleerd economische perspectief</i>	<i>Participatie perspectief</i>	<i>Zorginhoudelijke perspectief</i>
<i>Soevereiniteit</i>	Exit-optie	Voice-optie	Zelfbeschikking
<i>Zeggenschapsverdeling</i>	Consument/ consument & zorgverzekeraar	Alle partijen	Patiënt en professional
<i>Competentie van de zorgvrager</i>	Keuzemogelijkheid; rationaliteit	Actief burgerschap	Bereidheid tot participatie, informeren, besluitvorming
<i>Responsiviteit van de aanbodzijde</i>	O.b.v. concurrentie/ als zaakwaarnemer	O.b.v. verantwoording/ legitimiteit	Vertrouwen creëren, informeren en ondersteunen
<i>Wederkerigheid</i>	Markt equilibrium/ principaal-agentrelatie	Wederzijds verantwoordelijkheid	Shared decision making

9.6 Beïnvloedende factoren

De veronderstelling in dit onderzoek is dat vraagsturing vorm krijgt in de interactie tussen de zorgpartijen in de Nederlandse gezondheidszorg. In hoofdstuk vier zijn een aantal (potentieel) beïnvloedende factoren benoemd: de kenmerken van het primaire

proces, de instituties en de interorganisatorische interacties die samen de omgeving van de handelende actor vormen. Tot slot is ook gekeken naar het strategisch gedrag dat de handelende actor vertoont om, in de context waar hij zich bevindt, zijn eigen doelstellingen na te streven. Deze factoren krijgen binnen de Nederlandse gezondheidszorg een specifieke invulling. In hoofdstuk vier is daar uitgebreid op in gegaan. De casus laten zien op welke wijze deze factoren van invloed zijn op de betekenis van vraagsturing.

Kenmerken van het primaire proces

De kenmerken van het primaire proces zijn van grote invloed op de betekenis van vraagsturing. Het is immers in het zorgverleningsproces waar vraag en aanbod samen komen en de uiteindelijke dienstverlening vorm krijgt. Het feit dat in de curatieve sector complexe zorg wordt geleverd zorgt er voor dat de medisch specialisten een centrale positie in de organisatie hebben. In alle drie de casus binnen de curatieve sector hadden de medisch specialisten een sterke positie in de vormgeving van het proces en vormde het medisch-technisch perspectief het uitgangspunt voor de inhoud van de zorg. Anders geformuleerd: de medisch-geïndiceerde zorgbehoeften ('needs') vormden de basis en de subjectieve behoeften van de zorgvragers ('wants') werden veelal beperkt tot service elementen en de wijze waarop de zorg geleverd werd.

De langdurige zorg is technisch minder complex dan de curatieve zorg, maar wel organisatorisch complex in de zin dat de zorg voor lange tijd moet worden gegeven en sterk gerelateerd is aan het dagelijks functioneren van de zorgvrager. De zorg moet dus goed worden afgestemd op het dagelijks leven van de zorgvrager en de verschillende zorgvormen moeten ook goed op elkaar worden afgestemd. In de casus die betrekking hadden op de langdurige zorg stond met name de vormgeving van de organisatie van de zorg centraal: de plaats waar de zorg geleverd wordt, de mate van flexibiliteit en de mate waarin de cliënt regie had over de zorg. Bij beide wordt de regie primair bij de cliënt gelegd, maar worden wel waarborgen gecreëerd ter ondersteuning. Ook de competenties van de cliënt kwamen bij de langdurige zorg het meest expliciet naar voren. In de andere casus werd meer gesproken over de behoeften van cliënten.

Institutionele context

De institutionele context wordt gevormd door de informele en formele instituties die het handelen van actoren structureren. Het overheidsbeleid valt daar ook onder. In het overheidsbeleid zijn de doelstellingen vanuit het zorginhoudelijke perspectief geformuleerd. Het overheidsbeleid richt zich voornamelijk op de te creëren randvoorwaarden voor een vraaggestuurde gezondheidszorg. Deze randvoorwaarden zijn vanuit het economische en het participatie perspectief geformuleerd. Uit de casus kwam naar voren dat de institutionele context het handelen van actoren structureerde, maar dat de mate van invloed varieerde. De institutionele context bepaalde interacties die actoren met elkaar aangingen, bepaalde de financiële middelen die ze tot hun beschikking hadden en de institutionele context stelde (wettelijke) eisen waar ze aan moesten voldoen. In een aantal casus hadden de veranderingen in de institutionele context direct invloed gehad op de ondernomen zorgvernieuwingstrajecten. Het stimuleerde actoren tot innoverend en anticiperend gedrag, maar kon actoren ook beperken in hun handelen. De opzet van cliëntenraden vormde een goed voorbeeld van de invloed van het overheidsbeleid op de zorgaanbieders. De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) was voor veel zorgaanbieders de aanleiding geweest om een cliëntenraad in te stellen. De praktijk liet echter een grote variatie zien in de vormge-

ving en het functioneren van de cliëntenraden. Ook hadden de zorgaanbieders in een aantal casus pas later gehoor gegeven aan de wettelijke verplichting om een cliëntenraad in te stellen. Daar speelden dus andere factoren mee. Er bestaan ook steeds meer mogelijkheden voor zorgaanbieders om (gedeeltelijk) buiten de institutionele context van de AWBZ of de curatieve zorg te opereren (de casus ‘Particuliere thuiszorg’ en de casus ‘Anderhalflijnzorg’). Hierdoor zijn wettelijke regelingen die zorgvragers en verzekeraars de mogelijkheid bieden om het zorgaanbod te beïnvloeden niet van toepassing.

De regionale institutionele context van de casus liet relatief veel gestructureerde samenwerking zien, terwijl de nationale institutionele context juist meer richting marktwerking en competitie gaat. Er werd in de casus ook bewust gekozen voor samenwerking, ook in situaties waar concurrentie mogelijk was. De samenwerking tussen het verzorgingshuis en de thuiszorgorganisatie in de casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’ vormt daar een voorbeeld van. Toch waren alle zorgvernieuwingstrategieën die in dit onderzoek onderzocht zijn, uiteindelijk redelijk onafhankelijk van de regionale institutionele context tot stand gekomen. Zorgpartners waren wel geïnformeerd, maar het waren toch veelal zelfstandige beslissingen geweest van de betreffende zorgaanbieders of beslissingen in bilaterale contact met externe actoren.

Interorganisationale interacties

Bij de bespreking van de institutionele context werd al aangegeven dat samenwerking op regionaal niveau een belangrijk afstemmingsmechanisme was. De regionale verhoudingen in de verschillende casus laten zien dat de zorgaanbieders in de reguliere zorg zich in een sterk ontwikkeld netwerk van interacties en afhankelijkheidsrelaties bevonden. Bij de jongere, commerciële zorgaanbieders waren contacten veel meer functioneel en ad hoc. Contacten en partijen moesten meerwaarde hebben voordat er reguliere contacten ontstonden. Toch kozen ook de zorgaanbieders binnen deze casus in eerste instantie voor samenwerking en paste men zich daarmee enigszins aan, aan de bestaande regionale instituties.

De netwerken tussen zorgaanbieders en/of zorgaanbieders en andere partijen lieten zich karakteriseren als ‘pooled dependencies’, waarbij elke actor bijdroeg aan een gezamenlijk belang. Daarnaast was er tussen de zorgaanbieders onderling veelal sprake van een symbiotische afhankelijkheidsrelatie die zich echter ook steeds meer ontwikkelde richting een competitieve afhankelijkheid.

De relaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar waren enerzijds symbiotisch, omdat ze elkaar nodig hadden voor hun eigen taakuitoefening. Tegelijkertijd vond er een verzakelijking van die relatie plaats. Zorgverzekeraars moeten zich zakelijker gaan opstellen en zich meer gaan profileren richting hun verzekerden met het ingekochte zorgaanbod. Zorgverzekeraars hebben er steeds meer belang bij om de zorgaanbieders te stimuleren tot het creëren van een doelmatig en kwalitatief goed zorgaanbod.

Voor de zorgaanbieders werd de zorgvrager een steeds belangrijkere stakeholder, naast de zorgverzekeraar. Dat leidt er toe dat de relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders steeds minder symbiotisch wordt.

De private organisaties gingen buiten de inkooprelatie met de zorgverzekeraar en de zorgleveringsrelaties met andere zorgaanbieders ook andere afhankelijkheidsrelaties aan. Enerzijds als onderaannemer voor reguliere zorgaanbieders, maar anderzijds ook met organisaties van buiten de gezondheidszorg, zoals retailbedrijven.

De patiëntenorganisaties bevonden zich veelal in een eenzijdige afhankelijkheidsrela-

tie. De zorgvragersorganisaties hadden aanbieders en zorgverzekeraars veelal nodig om toegang te krijgen tot de 'arena' waarin de besluitvorming omtrent de zorgverlening plaatsvond. Deze afhankelijkheid was vooral aanwezig daar waar minder wettelijke regelingen tot hun beschikking stonden om toegang af te dwingen. Er waren wel een aantal wettelijk rechten die zorgvragersorganisaties toegang gaven tot de arena, zoals de regiovisie, de cliëntenraad/ledenraad en de toetsing van kwaliteitsjaarverslagen. Deze wettelijke regelingen hadden meer inhoud in de AWBZ dan in de curatieve sector. Echter buiten de reguliere zorg waren deze wettelijke rechten in zijn geheel niet toepasbaar.

De andere partijen ervaarden de afhankelijkheid van de zorgvragers veelal niet of onvoldoende. In relatie tot andere actoren was belangenbehartiging een belangrijke taak van de zorgvragersorganisaties. Daarbij was het uitwisselen van kennis en informatie een centraal element. Informatie en kennis van het patiëntenperspectief vormde een belangrijk ruilmiddel van de zorgvragersorganisaties. Dit werd echter nog niet door alle actoren zo gezien, veelal waren financiële middelen nog het primaire ruilmiddel. Daarnaast was het zo dat informatie een substitueerbaar ruilmiddel was. De informatie die patiëntenorganisaties aanboden, kon ook worden gegenereerd via andere wegen, zoals directe communicatie met de eigen klanten.

Het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) bevond zich in een relatief onafhankelijke positie ten opzichte van aanbieders, verzekeraars en zorgvragersorganisaties, om daarmee zijn rol als onafhankelijk indicatieorgaan te waarborgen. De legitimiteit van het RIO als onafhankelijk indicatieorgaan was echter niet vanzelfsprekend. Met name in het begin hadden de RIO's hun rol in het zorgleveringsproces moeten verdedigen, met name daar waar zorgaanbieders de indicatie zelf coördineerden. Het RIO ontwikkelde zich echter nog steeds in zijn rol. De recente overgang naar het Centrum Indicatiestelling Zorg was daar onderdeel van.

Vrijwel alle partijen worstelen in meer of mindere mate met de beschikbaarheid van financiële en personele hulpbronnen (non-interactieve hulpbronnen), al was dit probleem waarschijnlijk het grootst voor zorgvragersorganisaties. Veelal beschikten zorgvragersorganisaties over onvoldoende capaciteit c.q. mankracht om hun taakstelling naar behoren uit te voeren. Daarnaast werden ze veelal op projectmatige basis gefinancierd.

Naast de problemen rond de non-interactieve hulpbronnen, hadden de zorgvragersorganisaties ook een probleem rondom reputatie en vertrouwen. Hun positie als vertegenwoordiger van het patiëntenperspectief was niet altijd onbetwist. Zelf waren ze ook zoekende naar de beste manier waarop ze hun achterban en de mensen die daar (nog) niet toe behoorden, konden vertegenwoordigen. Daarbij kwam dat het ook voor zorgaanbieders niet wenselijk was om 'nieuwe' afhankelijkheidsrelaties aan te gaan met een andere partij. Voor de patiëntenorganisaties was het belangrijk om de relaties met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante partijen zo goed mogelijk te ontwikkelen, omdat dit hun mogelijkheden bood om invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. In de curatieve sector en in de meer commerciële tak van de zorg moesten deze relaties echter nog ontwikkeld worden.

Strategisch handelen

Om binnen de hierboven geschetste context hun doelstellingen na te streven ontplooiden de actoren in de vijf casus verschillende strategieën. De actoren lieten zich stimuleren tot bepaald (door de overheid gewenst) gedrag, maar voelden zich in bepaalde gevallen ook beperkt. Dit had ook invloed op de vormgeving van vraagsturing. Zowel

voor zorgaanbieders als zorgverzekeraars waren de afhankelijkheidsrelaties met de vertrouwde regionale partners van groot belang. In eerste instantie werd daarom gekozen voor samenwerking, al kwam concurrentie wel steeds meer in beeld.

De zorgaanbieders gingen de mogelijkheden die de veranderende context van de gezondheidszorg bood niet uit de weg. De bestudeerde zorgvernieuwingstrajecten waren daar een voorbeeld van. Het vraaggestuurde overheidsbeleid vormde soms de aanleiding om nieuwe initiatieven op te zetten. Het begrip vraagsturing werd soms ook (slechts) ‘strategisch’ gebruikt om legitimiteit te krijgen voor de ingezette ontwikkelingen.

De bovenstaande factoren beïnvloedden de wijze waarop vraagsturing vorm én betekenis krijgt in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. De casus waren geselecteerd op de kenmerken van het primaire proces en de institutionele context (zie Tabel 9.2) in de veronderstelling dat deze factoren de arena bepalen waarin de actoren hun interacties aangaan en vraagsturing uiteindelijk vorm en betekenis krijgt.

Tabel 9.2

	Somatische langdurige ziekte of stoornis	Somatische niet-acute ziekte of stoornis
Reguliere zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Verzorgingshuiszorg aan huis 	<ul style="list-style-type: none"> • Het vraaggestuurde ziekenhuis
Nieuwe generatie van zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Private thuiszorg gefinancierd door een Persoonsgebonden budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Het sportmedisch centrum • Anderhalflijnzorg

Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat de formele institutionele context wel degelijk een structurerend kader vormde waarbinnen interacties tussen actoren plaatsvonden. Toch werd de structurerende invloed op zijn beurt beïnvloed door de (veronderstelde) afhankelijkheidsrelaties waarin actoren zich bevonden. Het feit dat de ‘nieuwe generatie zorgaanbieders’ zich toch voor een groot deel conformeerden aan de bestaande verhoudingen en daardoor in hun handelen minder differentieerde van de reguliere zorgaanbieders dan verwacht maakte dit inzichtelijk.

De kenmerken van het primaire proces waren van grote invloed op de vormgeving van vraagsturing. Er bestonden veel basisveronderstellingen over de wijze waarop vraagsturing vorm moest en kon krijgen. Deze veronderstellingen waren afgeleid van de kenmerken van het primaire proces. De dominante positie van de medisch specialisten in de curatieve sector en de responsiviteit van de aanbieders ten opzichte van de leefsituatie van de zorgvrager in de langdurige zorg waren daar uitingen van.

9.7 De vormgeving van vraagsturing in de praktijk

Uiteindelijk waren alle drie de onderscheiden perspectieven op vraagsturing terug te vinden in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Het begrip vraagsturing werd dan wel weinig gedefinieerd of geëxpliciteerd, in de retoriek rondom de zorgvernieuwingstrajecten kwamen met name het economische perspectief en het zorginhoudelijke perspectief duidelijk naar voren. Het economische perspectief werd vooral gebruikt door de zorgaanbieders om hun externe oriëntatie te duiden. Het zorginhoudelijke perspectief werd vooral gehanteerd om de positie van de zorgvrager in het

zorgverleningsproces te benoemen. Het participatie perspectief, zoals beschreven op basis van het debat, werd bijna niet gehanteerd. Medezeggenschap van de zorgvrager werd vooral vanuit het zorginhoudelijke perspectief beschreven.

De praktijk laat een ander beeld zien. Het economische perspectief was uiteindelijk minder sterk aanwezig dan de retoriek wilde doen geloven. Enerzijds kan dat worden verklaard door het feit dat de retoriek ook een bepaalde verwachting en doelstelling voor de toekomst weergeeft. Anderzijds was het zo zijn dat zorgaanbieders in de praktijk concessies moesten doen. Gegroeide regionale verhoudingen en bestaande afhankelijkheidsrelaties zorgden er voor dat zorgaanbieders terughoudend waren in het aangaan van concurrentie. Daarnaast voelden zorgaanbieders zich door de huidige institutionele context beperkt in hun streven om zich sterk innovatief te profileren.

Het zorginhoudelijke perspectief kwam zowel in de retoriek als in de praktijk sterk naar voren. Vooral in de langdurige zorg was het zorginhoudelijke perspectief sterk aanwezig. In de curatieve zorg was er sprake van een spanning tussen de persoonlijke autonomie van de klant enerzijds en de medische standaarden (professionele autonomie) en efficiënte bedrijfsvoering anderzijds.

Het participatie perspectief kwam in de praktijk sterker naar voren dan in de retoriek. Dit kan enerzijds worden verklaard door de institutionele context. Zo creëert, onder andere de WMCZ wettelijke kaders voor patiëntenparticipatie. Anderzijds waren de kenmerken van het primaire proces van invloed. Met name bij langdurige zorg, waarbij er veel interactie is tussen de zorgverlener en de cliënt, werd patiëntenparticipatie van belang geacht. Dit was echter met name vanuit zorginhoudelijke overwegingen en niet zozeer als strategie om afhankelijkheidsrelaties te coördineren. Dit laatste kan ook verklaren waarom het participatie perspectief niet zozeer in de retoriek terugkwam. Bij het participatie perspectief worstelden de zorgaanbieders, net als bij het zorginhoudelijke perspectief, met de rol die het patiëntenperspectief moest spelen. Daarnaast was er discussie over de juiste wijze om dat patiëntenperspectief op collectief niveau in te brengen. De spanningsvelden, zoals beschreven bij het zorginhoudelijke perspectief en het participatie perspectief, kunnen worden geplaatst in de discussie over het onderscheid tussen vraaggestuurde zorg en vraaggerichte zorg.

9.8 De betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg

De beantwoording van de deelvragen in de voorgaande paragrafen leidt tot de beantwoording van de centrale probleemstelling van dit onderzoek:

Welke betekenis krijgt vraagsturing binnen de Nederlandse gezondheidszorg?

De grote hoeveelheid publicaties die in de afgelopen jaren is verschenen over het onderwerp vraagsturing maakt duidelijk dat vraagsturing in de belangstelling staat. In navolging van het publieke debat gebruiken ook veldpartijen steeds meer de terminologie die een grotere invloed van het vragersperspectief benadrukt. De vraag is of het blijft bij 'mooie woorden' of dat vraagsturing ook daadwerkelijk betekenis krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg.

Een nadere verkenning van het debat over vraagsturing leidt niet tot een eenduidige definiëring van vraagsturing. Uiteindelijk kunnen de verschillende visies op vraagsturing worden teruggebracht naar drie perspectieven: het economische perspectief, het participatie perspectief en het zorginhoudelijke perspectief. Deze definities geven invulling aan de centrale elementen van vraagsturing: soevereiniteit, zeggenschapsverdeling, competenties aan de vraagzijde, responsiviteit van de aanbodzijde en wederkerigheid.

Deze drie perspectieven bieden inzicht in de potentiële betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Het bestaan van meerdere perspectieven kan er echter ook toe leiden dat vraagsturing uiteindelijk geen enkele betekenis krijgt. Wanneer elke visie kan bestaan en keuzes en concretisering niet afgedwongen worden, kan vraagsturing verworpen worden tot een containerbegrip. Het zal dan nooit meer betekenis krijgen dan dat van een ‘modewoord’, waar het door critici vaak tot wordt gereduceerd.

Het overheidsbeleid lijkt in eerste instantie ook geen keuzes te maken. De gehanteerde definities van vraagsturing en vraaggerichte zorg zijn genuanceerd. De drie perspectieven zijn ook alledrie terug te vinden in het overheidsbeleid, waarbij wel sprake is van een positionering van de drie perspectieven ten opzichte van elkaar. De uiteindelijke doelstellingen zijn geformuleerd vanuit het zorginhoudelijke perspectief. Het primaire proces wordt gezien als de kern van de gezondheidszorg. Om een goede afstemming tussen vraag en aanbod binnen het zorgverleningsproces tot stand te brengen worden vervolgens vanuit het economische perspectief randvoorwaarden geformuleerd. Het marktmechanisme moet het primaire coördinatiemechanisme vormen en vraagsturing wordt ingevuld als de exit-optie van een rationele, goed geïnformeerde consument. Deze consument stuurt het zorgaanbod door te kiezen tussen concurrerende zorgaanbieders en verzekeraars. De gezondheidszorg is echter geen ‘perfecte’ markt. Daarom worden er maatregelen vanuit het participatie perspectief geformuleerd om de marktimperfecties ‘op te vangen’ en het publieke karakter van de gezondheidszorg te waarborgen.

De betekenis die de overheid geeft aan vraagsturing moet worden vertaald naar de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Vraagsturing bevindt zich nog steeds in een ontwikkelingsfase. De directe topdown implementatie in de jaren tachtig en negentig door de overheid heeft zeker effect gehad, maar de daadwerkelijke betekenisgeving in de praktijk van de gezondheidszorg begint nu pas vorm te krijgen. Door een verregaande invoering van meer bedrijfsmatig functioneren wordt het steeds belangrijk om aandacht te bieden aan de klant als serieuze partij.

In de bestudeerde casus blijkt de definiëring van het begrip geen belangrijk aandachtspunt te zijn. Vraagsturing en gerelateerde begrippen worden veelvuldig gehanteerd, maar er zijn geen breed gedragen definities binnen en/of tussen de organisaties. Het begrip vraagsturing wordt meer gebruikt om de richting aan te geven waarin men zich ontwikkelt en daarbij bestaan veel impliciete ideeën en opvattingen. In de retoriek rondom de zorgvernieuwingstrajecten wordt met name het economische perspectief gehanteerd, waarbij termen als marktwerking en keuzemogelijkheden voor de zorgvrager veelvuldig worden gebruikt. Daarnaast wordt ook het zorginhoudelijke perspectief gebruikt om met name de organisatie van het zorgverleningsproces te bespreken. Vraagsturing wordt dan vaak gezien als mogelijkheid om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het participatie perspectief komt niet echt duidelijk terug in de retoriek. Er kan worden geconcludeerd dat wanneer ‘betekenis’ wordt opgevat als de definiëring van vraagsturing, de betekenis van vraagsturing nog beperkt is. Er lijkt nog geen eenduidigheid te bestaan in de wijze waarop vraagsturing wordt gedefiniëerd, maar daar lijkt ook niet heel veel behoefte aan te zijn.

Het feit dat de retorische betekenis van vraagsturing beperkt is, wil echter niet zeggen dat vraagsturing geen invulling krijgt in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg. Er is wel degelijk sprake van een groter bewustzijn van het vragersperspectief en het belang om dit perspectief meer mee te nemen in de organisatie van de zorg en de strategische oriëntaties van de zorgorganisaties. Er bestaat echter variatie in de

mate en vorm waarin het vragersperspectief daadwerkelijk invloed heeft. De casus waren geselecteerd op basis van de kenmerken van het primaire proces en de formele institutionele context waarin zorgaanbieders zich bevinden. Verondersteld werd dat met name deze beïnvloedende factoren van invloed waren op de vormgeving en betekenis van vraagsturing omdat ze de 'arena' vormen waarbinnen actoren handelen en interacties aangaan.

Het overheidsbeleid is onderdeel van de institutionele context. Het overheidsbeleid wordt echter niet één op één geïmplementeerd in de praktijk. Actoren interpreteren en incorporeren het overheidsbeleid in de context waarin zij dagelijks functioneren en hun eigen belangen proberen na te streven. Het overheidsbeleid heeft wel degelijk een structurerende invloed op het handelen van actoren en ook in de vormgeving van vraagsturing is de invloed van het overheidsbeleid terug te vinden. De betekenis van (aspecten van) vraagsturing in de praktijk is echter niet alleen gebaseerd op de betekenis van vraagsturing in het overheidsbeleid. De vormgeving van vraagsturing vindt plaats in de interorganisatorische relaties en (regionale) verhoudingen waarin actoren zich bevinden. Het overheidsbeleid heeft in principe voldoende formele kaders gecreëerd om de zorgvrager een sterke positie te geven. In de afhankelijkheidsrelaties en onderlinge verhoudingen tussen actoren hebben zorgvragers echter nog geen centrale plaats ingenomen. Afhankelijkheidsrelaties zijn nog niet wederzijds, waardoor zorgvragers meer afhankelijk zijn van de andere actoren dan andersom. De zorgverzekeraars worden in het overheidsbeleid gepresenteerd als zaakwaarnemers van de zorgvragers, maar ook zij 'worstelen' nog met deze rol. Uiteindelijk krijgt vraagsturing met name betekenis in de bestaande regionale verhoudingen, wat betekent dat het vooral gaat over vraaggerichtheid.

De tweede beïnvloedende factor waarop de casus waren geselecteerd, waren de kenmerken van het primaire proces. In de casus kwam de invloed van de kenmerken van het primaire proces ook duidelijk naar voren. Met name bij langdurige zorg staat de rol van de zorgvrager in het zorgverleningsproces centraal. Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen zorgen ervoor dat de zorgvrager meer invloed wil en krijgt op de wijze waarop de zorg wordt geleverd. De subjectieve behoeften gaan daardoor een grotere rol spelen. Daarnaast leiden extramuraliseringsontwikkelingen er toe dat de zorg steeds meer thuis wordt geleverd, waardoor de zorgaanbieder gast bij de zorgvrager is in plaats van andersom. In de curatieve sector speelt het primaire proces ook een belangrijke rol, maar daarbij wordt de specialist toch nog steeds gezien als zaakwaarnemer voor de patiënt. De medisch geïndiceerde vraag staat hierbij meer centraal. De overheid gaat daar ook in mee door in de curatieve sector duidelijk de eindverantwoordelijkheid bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars te laten, terwijl in de langdurige zorg de zorgvrager veel meer regie en (financiële) verantwoordelijkheid krijgt.

Daarbij bestaat wel discussie over de vraag hoe ver meegegaan moet worden met de wensen en behoeften van de zorgvrager en wat duidelijk domein van de specialist blijft.

Naast het spanningsveld tussen de ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager en de medisch specialistische deskundigheid van de specialist, bestaat er een spanningsveld tussen de betrokkenheid van de zorgvrager bij het zorginhoudelijke proces en de betrokkenheid van de zorgvrager bij de meer bestuurlijke en organisatorische processen, zowel op organisatieniveau als op regionaal niveau. Dit komt met name tot uiting in de vormgeving van participatie en medezeggenschap van zorgvragers. Het participatie perspectief spreekt over betrokkenheid op basis van medeverantwoordelijkheid.

heid, maar de praktijk laat zien dat zorgaanbieders de rol van de zorgvragers niet op die manier opvatten. De participatie van de zorgvrager op verschillende niveaus blijft beperkt tot het informeren en consulteren van de zorgvrager.

Vraagsturing is nog volop in ontwikkeling. Dat is een van de redenen geweest waarom dit onderzoek verkennend is opgezet in plaats van toetsend. Toch heeft het onderzoek inzicht geboden in de wijze waarop actoren het concept hanteren en vormgeven. De betekenis van vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg is nog niet uitgekristalliseerd, maar de drie onderscheiden perspectieven geven wel de mogelijke scenario's weer waarlangs de ontwikkeling kan geschieden. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat alle drie de perspectieven aanwezig zijn in de praktijk, zij het nog niet sterk. Het zorginhoudelijke en het economische perspectief ontwikkelen zich het meest, mede gestimuleerd door de maatschappelijke, demografische, economische en bestuurlijke ontwikkelingen. Het participatie perspectief levert (nog) discussie op, maar vraagt wellicht ook de meeste aanpassing van de traditionele veldpartijen.

9.9 Discussie

9.9.1 Introductie

De primaire vraagstelling van dit onderzoek heeft betrekking op de betekenis die vraagsturing krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg. De resultaten van het onderzoek geven echter ook aanleiding tot een nadere beschouwing van een aantal aspecten die buiten de directe beantwoording van deze vraagstelling vallen, maar wel degelijk relevant zijn om in het kader van de discussie omtrent vraagsturing naar voren te brengen.

Het eerste aspect heeft betrekking op de toegevoegde waarde van het begrip vraagsturing. Het begrip is geïntroduceerd naast reeds bestaande concepten die de rol van de zorgvrager en het vragersperspectief in de gezondheidszorg bespreken. In hoeverre biedt vraagsturing daarbij meerwaarde?

Het tweede aspect betreft het onderscheid tussen sturing door de vraag en sturing van de vraag. In hoeverre kan de implementatie van vraagsturing uiteindelijk worden gezien als het faciliteren van sturing van het zorgaanbod door de zorgvrager of is het vooral zo dat de zorgvrager wordt gestuurd?

Een derde aspect heeft betrekking op de afhankelijkheidsrelaties als basis voor invloed van de zorgvragers(organisaties) op het zorgaanbod.

Het laatste aspect bespreekt het spanningsveld binnen zorgorganisaties tussen een zorginhoudelijke benadering van vraagsturing en een bestuurlijke benadering van dit concept.

In het hiernavolgende zal op elk van deze aspecten nader worden ingegaan. De bespreking van ieder aspect vormt enerzijds een aanbeveling voor verder onderzoek, maar vormt ook zeker een aandachtspunt voor het beleid rondom de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg.

9.9.2 Legitimiteit van vraagsturing

In de bespreking van de centrale vraagstelling is de definiëring van vraagsturing, naast de opkomst en de vormgeving van vraagsturing onderscheiden als een van de aspecten die uiteindelijk bijdragen aan de betekenis die vraagsturing krijgt in de Nederlandse gezondheidszorg. In de verkenning van het debat over vraagsturing is een verzameling aan definities en gerelateerde termen naar voren gekomen. Er konden

wel centrale elementen worden onderscheiden, maar er bestonden duidelijke accentverschillen tussen de verschillende definities. Ook in het empirisch onderzoek kwam een variëteit aan begrippen en definities aan de orde.

Het ontbreken van eenduidige definities kan voortkomen uit het feit dat vraagsturing zich nog in een ontwikkelingsfase bevindt. Het concept is nog onderhevig aan discussie en voortschrijdend inzicht. Hierdoor kan het zo zijn dat er gewoonweg nog geen definitie bestaat dat breed gedragen wordt. Daarnaast is het vaak ook juist belangrijk om nieuwe concepten in het begin niet scherp, maar juist breed en open te definiëren. Actoren met verschillende perspectieven en belangen kunnen zich dan allemaal herkennen in het begrip. Ze kunnen het begrip zich dan eigen maken zonder dat ze gedwongen worden om duidelijke concessies te doen of keuzes te maken.

Het bestaan van verschillende definities kan er echter ook toe leiden dat vraagsturing een containerbegrip. Er wordt dan zo veel onder verstaan dat het daarmee geen betekenis heeft.

In het debat lijkt men niet toe te werken naar meer duidelijkheid over het begrip vraagsturing en ook het empirisch onderzoek wees uit dat er weinig interesse bestond om het begrip verder uit te kristalliseren. De afwezigheid van een heldere conceptuualisering lijkt echter het nastreven van de doelstellingen van vraagsturing in de praktijk niet in de weg te staan. Dit werpt de vraag op of vraagsturing als nieuw begrip wel bestaansrecht heeft.

Wanneer in documenten of gesprekken het begrip vraagsturing wordt uitgelegd of toegelicht dan wordt vooral gebruik gemaakt van terminologie die betrekking heeft op de introductie en ontwikkeling van marktwerking en kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van begrippen uit de theorie van (actief) burgerschap. Dit gegeven kan voortkomen uit het feit dat gezondheidszorgpartijen proberen het begrip vraagsturing eigen te maken door het te plaatsen binnen vertrouwde kaders. Het kan echter ook betekenen dat vraagsturing eigenlijk niet veel nieuws te bieden heeft ten opzichte van deze concepten. De literatuur over marktwerking, kwaliteitszorg en (actief) burgerschap schenkt immers ook aandacht aan de positie van de zorgvrager, zowel op individueel als op collectief niveau.

Wellicht dat introductie van het begrip vraagsturing fungeert als breekijzer. Vraagsturing benadrukt en versterkt de positie van de zorgvrager en stelt daarmee de rolverdeling tussen overheid, zorgverzekeraars, aanbieders en zorgvragers ter discussie. Wellicht dat het begrip weer van het toneel kan verdwijnen wanneer de doelstellingen zijn bereikt.

9.9.3 Sturing door de vraag of sturing van de vraag

Er bestaan dan wel verschillende definities van vraagsturing, maar elke definitie komt er uiteindelijk op neer dat het vragersperspectief een grotere rol speelt bij de organisatie en/of levering van gezondheidszorg. In hoofdstuk twee is een onderscheid gemaakt in sturing door de vraag, sturing op de vraag en sturing van de vraag, waarbij werd aangegeven dat bij sturing door de vraag, in zijn ultieme vorm, de regie totaal bij de zorgvrager ligt. De zorgvrager bepaalt zelf welke zorg hij gebruikt om tegemoet te komen aan zijn zorgbehoeften. Sturing van de vraag vormt het andere uiterste waarbij de zorgvrager zelf gestuurd wordt. De vraag is of de huidige vormgeving van vraagsturing sturing door de vraag faciliteert en stimuleert of eigenlijk juist de vraag stuurt.

De opkomst van vraagsturing is mede tot stand gekomen door het ontstaan van de patiëntenbeweging en de emancipatie van de Nederlandse burger in brede zin. Het overheidsbeleid, dat een omslag van aanbodregulering naar vraagsturing als doel-

stelling heeft, heeft de patiëntenbeweging ondersteund en maatregelen genomen om de zorgvrager zodanig toe te rusten dat sturing door de vraag steeds meer mogelijk wordt. De overheid heeft echter ook gebruik gemaakt van de patiëntenbeweging om marktwerking als nieuw coördinatiemechanisme voor de gezondheidszorg te ontwikkelen. Er wordt daarbij een duidelijk beeld gecreëerd van de gewenste positie van de zorgvrager in al zijn verschillende rollen: als patiënt, verzekerde en burger. Tevens worden aanbieders en verzekeraars ingezet om de zorgvrager te ondersteunen. Met name de zorgverzekeraars worden duidelijk naar voren geschoven als zaakwaarnemers voor hun verzekerden. Daarnaast zijn er allerlei waarborgen gecreëerd om de collectieve belangen binnen het systeem van marktwerking te waarborgen.

De zorgvrager wordt daarmee niet alleen ondersteund en versterkt in zijn rol als consument en verantwoordelijk burger, maar ook in een door de overheid gewenste positie gestuurd. Dit betekent dat in het streven naar vraaggestuurde zorg er ook wel degelijk sprake is van sturing van de vraag.

Om een omslag van aanbodregulering naar vraagsturing te bewerkstelligen is het in principe legitiem om partijen enigszins te sturen, zodat ze de taken gaan vervullen en verantwoordelijkheden op zich gaan nemen die wenselijk zijn voor de nieuwe situatie. Bij de implementatie van vraaggestuurde zorg moet er echter wel voor worden gewaakt dat sturing van de vraag niet gaat overheersen ten koste van sturing door de vraag. Zou dit gebeuren dan krijgt het vragersperspectief, zoals dat leeft bij de zorgvragers onvoldoende ruimte om daadwerkelijk het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag. Het aanbod zou dan uiteindelijk gestuurd worden door een interpretatie van het patiëntenperspectief door overheid en zaakwaarnemers.

9.9.4 Afhankelijkheidsrelaties als basis voor invloed

De Nederlandse overheid heeft gekozen voor een brede aanpak van de versterking van de positie van de zorgvrager. Maatregelen uit zowel het economische perspectief als het participatie perspectief worden ingezet om de zorgvrager meer invloed te geven op het zorgaanbod. Het onderzoek heeft echter laten zien dat formele regelingen niet voldoende zijn om de zorgvragers daadwerkelijk invloed te laten hebben op besluitvormingsprocessen rondom de zorgverlening. Gegroeide verhoudingen en (ervaren) afhankelijkheidsrelaties zijn minstens zo belangrijk voor het handelen van actoren ten opzichte van hun omgeving. De resource dependency benadering is in dit onderzoek gebruikt om te laten zien hoe partijen omgaan met deze afhankelijkheid van hun omgeving.

De zorgvrager is een relatief 'jonge' actor in het veld van de gezondheidszorg. Ze heeft geen historische verbanden waarop ze kan terugvallen. De afhankelijkheidsrelaties, zoals die nu bestaan tussen zorgvragers en zorgaanbieders zijn daarom nog erg fragiel en instabiel. Zorgaanbieders ervaren nog weinig afhankelijkheid van de zorgvrager als collectieve partij. De individuele zorgvrager wordt voor de zorgaanbieder wel steeds belangrijker. Financieel worden de zorgaanbieders steeds meer afhankelijk van de keuzes van de individuele zorgvrager. Het wordt daarom ook steeds belangrijker om inzicht te hebben in de wensen en behoeften van de zorgvrager. Zorgaanbieders creëren daartoe echter eigen instrumenten (zoals marketing en stakeholdermanagement) en gebruiken niet zozeer hun contacten met de zorgvragersorganisaties. Zorgvragersorganisaties hebben naast informatie weinig 'hulpbronnen' te bieden aan zorgaanbieders, waardoor de afhankelijkheid niet of nauwelijks aanwezig is. Dit beperkt hun invloed op het zorgaanbod.

De betrokkenheid van de zorgvragersorganisaties lijkt vooralsnog vooral te worden gebruikt ter legitimering van initiatieven.

Zorgvragers proberen ook hun relatie met de zorgverzekeraars te gebruiken om de zorgaanbieders te beïnvloeden. Zorgverzekeraars worden gezien als zaakwaarnemers voor hun verzekerden (de zorgvragers) richting de zorgaanbieders. Patiëntenorganisaties toetsen onder andere de kwaliteitsjaarverslagen van zorgaanbieders en stellen zelf kwaliteitscriteria op. Deze informatie spelen ze vervolgens door aan de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars proberen ook steeds meer de contacten met patiëntenorganisaties te ontwikkelen en te gebruiken voor hun inkoopbeleid. De relaties die tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan zijn echter (nog) sterk gericht op de financiële interacties, waarbij de zorgverzekeraar zorg inkoopt bij de zorgaanbieder om tegemoet te kunnen komen aan zijn zorgplicht. De zorgverzekeraar heeft nog weinig invloed op de inhoud en kwaliteit van het zorgaanbod en heeft ook moeite om deze rol te ontwikkelen.

Door bij de versterking van de positie van de zorgvrager meer oog te hebben voor de specifieke betekenis van afhankelijkheidsrelaties kunnen meer gerichte maatregelen worden genomen om de zorgvragers op collectief niveau een interessante partij te maken voor de zorgaanbieders. Bijvoorbeeld door zorgvragers meer bevoegdheden te geven over de hulpbronnen die de zorgaanbieders nodig hebben voor het nastreven van hun doelstellingen. Hierdoor kunnen zorgvragers meer invloed uitoefenen op het zorgaanbod.

9.9.5 Variatie in patiëntenparticipatie

In het streven naar vraaggestuurde zorg vormt patiëntenparticipatie een belangrijk instrument. Deze participatie kan op verschillende manieren vorm krijgen. Allereerst in het primaire proces van de zorgverlening. De zorg komt tot stand komt in interactie met de zorgvrager. De zorgvrager brengt zijn zorgbehoefte in als startpunt van het zorgverleningsproces. Het uiteindelijke behandelplan vormt de resultante van een afstemming tussen de ervaringsdeskundigheid en behoeften van de zorgvrager, de deskundigheid van de zorgverlener en de beschikbare middelen. De zorgvrager participeert dus in de besluitvorming rondom zijn eigen behandeling en verzorging en vormt daarmee een onderdeel van het primaire proces en de zorgorganisatie.

De zorgorganisatie wordt echter ook geconfronteerd met de zorgvrager in een bestuurlijke rol. De participatie van patiëntenorganisaties binnen de instellingen en in allerlei lokale en regionale overlegvormen en bilaterale contacten tussen zorgaanbieder en patiëntenorganisaties zorgen er voor dat de zorgvrager betrokken is bij strategische keuzes en beleidsprocessen rondom het zorgaanbod. In deze situaties is de zorgvrager niet zozeer onderdeel van het productieproces, maar afnemer van diensten en leverancier van noodzakelijke informatie over de wensen en behoeften van de zorgvrager. De interacties worden dan gedefinieerd in termen van wederzijdse afhankelijkheden en gedeelde belangen. Vraagsturing betekent dan voor zorgaanbieders beïnvloeding van buitenaf. Dit vraagt om een andere oriëntatie van zorgaanbieders op patiëntenparticipatie dan de zorginhoudelijke benadering.

Daarnaast onderhouden patiënten en patiëntenorganisaties ook contacten met verzekeraars en overheid die op hun beurt die informatie in meer of mindere mate meenemen in hun contacten met de zorgaanbieders.

Bij deze verschillende vormen van participatie en overleg opereert de zorgvrager niet steeds vanuit dezelfde rol. Als individuele patiënt in het zorgverleningsproces zal een zorgvrager met name gericht zijn op zijn persoonlijke situatie en zijn zorgbehoeften op dat moment, terwijl een patiëntenorganisatie meer zal handelen vanuit de gezamenlijke belangen van een groep patiënten. Zorgverzekeraars hebben op de verzekeringsmarkt met name contact met de zorgvrager in zijn rol als verzekerde. In deze rol is de zorgvrager met name geïnteresseerd in de hoogte van zijn premie en de inhoud van zijn verzekeringspakket. Daarnaast proberen zorgvragers, vanuit hun rol als patiënt (zorggebruiker), de verzekeraar te beïnvloeden in zijn inkoopbeleid. Hierbij proberen patiëntengroepen de verzekeraar behandelingen, specifiek voor hun aandoening, te laten vergoeden en formuleren ze kwaliteitscriteria voor het inkoopbeleid. Het feit dat de zorgvrager de andere partijen vanuit verschillende rollen benadert zorgt er voor dat de informatie uit de verschillende vormen van patiëntenparticipatie kan variëren. Die informatiestromen kunnen elkaar versterken, maar elkaar ook juist tegenwerken. Het is primair een verantwoordelijkheid van de zorgvrager en zijn organisaties om in hun verschillende vormen van communicatie met de andere actoren hun boodschap af te stemmen of transparant te zijn over de verschillende belangen die spelen. Daarnaast moeten zorgaanbieders, verzekeraars en overheid duidelijk maken waar ze zich door laten leiden, aan welke informatie zij behoefte hebben en in welke vorm, zodat patiëntenparticipatie op een effectieve manier kan bijdragen aan het versterken van vraaggestuurde zorg.

Voetnoten

- ¹ Ongeacht de mate waarin de zorgvrager zeggenschap toebedeeld krijgt.

Literatuur

- Albeda, H.D. 2002a. 'No pain no gain.' In: Bosselaar, H. J. van der Wolk, K. Zwart & H. Spies (red.), *Vraagsturing*, 189-202. Utrecht: Jan van Arkel
- Albeda, H.D. 2002b *Vraagsturing op drie fronten*. Amsterdam: Innovatiecentrum Vraagsturing (ICV)
- Arcades. 2004. *Accent* (12)
- Arnstein, S. 1969. 'A ladder of citizen participation.' *Journal of the american planning association* 35(4):216-224
- Balje, S., M. Henzing, H. Krajenbrink, B. Lammerts, J. Middeldorp, T. De Vries & J. Van der Waarden. 2003. *Vragenderwijs*. Den Haag: Directie marktwerking, Directoraat-generaal voor marktordening en energie, Ministerie van economische zaken.
- Berenschot, L. & E. Blijlevens 2003. *Wie wordt er beter van? Vraagsturing in de zorg* Breukelen: Nyfer.
- Blaauwbroek, H., H. Bosselaar & K. Zwart. 2000. 'Inleiding. De klant heeft het niet in de hand.' In: Blaauwbroek, H; H. Bosselaar, K. Zwart (red.), *Klant in polderland*. Utrecht: BBVZ, Meccano.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg. Tiende druk*. Utrecht: Het Spectrum B.V.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen. 2005. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bosselaar, H. 2005. *De vraag als antwoord*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus universiteit Rotterdam.
- Bosselaar, H., H.Blaauwbroek & K. Zwart. 2000. *De klant in polderland*. Utrecht: BBVZ, Meccano.
- Branden, T. & K. Putters. 2000. 'De klant beklemd.' *Beleidswetenschap*. (1):52-71.
- Breedveld, E.J., L.C.M. Boonekamp & T.E.D. van der Grinten. 1993. *Zorgverzekeraar, ziekenhuis en kwaliteit van zorg*. Rotterdam: instituut beleid en management gezondheidszorg.
- Buunk, B.P. & W. Schaufeli. 2001. 'Het belang van wederkerigheid in interpersoonlijke relaties voor gezondheid en welbevinden: een evolutionair perspectief.' *Nederlands tijdschrift voor de psychologie* 56:41-56.
- Charles, C., A. Gafni & T. Whelan. 1997. 'Shared decisionmaking in the medical encounter: what does it mean?' *Social science and medicine* 44 (5):681-692
- Commissie Keuzen in de Zorg. 1991. *Kiezen en Delen*. Den Haag
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg. 1994. *Gedeelde Zorg : betere zorg*. Den Haag
- Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg. 1987. *Bereidheid tot verandering*. Den Haag
- Coulter, A. & H. Magge. 2003. *The European patient of the future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Cuyler, A. & J.P. Newhouse (red.) 2000. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Dassen, Th.W.N. & F.M. Keuning. 1992. *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Baarn: Uitgeverij Intro.
- Dawson, S. 1996. *Analyzing organizations. Third edition*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire & London: Macmillan Press LTD.

- De Bruijn, J.A. & E.F. Ten Heuvelhoff. 1997. 'Instruments for Network Management.' In: Kickert, W.J.M., E-H. Klijn & J.F.M. Koppenjan, *Managing Complex Networks; strategies for the Public Sector*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Decache, A. & I. Aujoulat. 2001. 'A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education.' *Patient education and counseling* 44(1):7-14
- Delnoij, D., I.K. Glasgow & N.S. Klazinga. 2001. *Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem*. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam. Afdeling sociale geneeskunde
- Donaldson, C. & K. Gerard. 1993. *Economics of health care financing: the visible hand*. Handmill [etc.] Mac Millan
- Donaldson, L. 1995. *Contingency theory*. Aldershot: Dartmouth.
- Dooper, M. 2005. 'Zorg die tegemoet komt aan de individuele patiënt.' *Mediator* 16(1):10-11
- Douven, R., E. Mot & K. Folmer. 2004. *Momentopname van de AWBZ. Een analyse van de sterke en zwakke punten*. Den Haag: Centraal planbureau.
- Dupuis, H.M. 2000. 'Professional autonomy: a stumbling block for good medical practice.' *Theoretical medicine* (21):493-502.
- Dute, J.C. et al. 2000. *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland
- Eisenberg, B. 1997. 'Customer Service in health care: a new Era.' *Hospital & Health Services Administration* 42(1):17-31
- Elsinga, E. 1997. 'Van Dekker tot Borst: Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector.' In: Elsinga, E. & Y. van Kemenade, *Van revolutie naar evolutie: Tien jaar stelselwijzigingen in de Nederlandse Gezondheidszorg*, 52-76. Utrecht: De Tijdstroom
- Emerson, R.M. 1962. 'Power-dependence relations.' *American sociological review* 27(1):31-41.
- Fenger, M. & P-J Klok. 2001. 'Interdependency, beliefs, and coalition behavior: a contribution to the advocacy coalition framework.' *Policy Science* 34:157-170
- Fennis, T. & H. Van Tilburg. 2000. 'Burgerschap en zelfbeschikking; een verkenning.' *Versie* 18(3):12-17.
- Florin, D. & J. Dixon. 2004. 'Public involvement in health care.' *BMJ* 328: 159-61
- Folmer, K. et al. 2001. *Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006*. Den Haag: Centraal planbureau.
- Garpenby, P. 1999. 'Resource dependency, doctors and the state: quality control in Sweden.' *Social science & medicine* 49: 405-424
- Garretsen, H.F.L. 2001. *Goed geholpen? Oratie*. Brabant: Faculteit sociale wetenschappen: Katholieke Universiteit Brabant.
- Garretsen, H., I. Bongers & M. Rijckmans. 2002. 'Zorgen om de Nederlandse zorg: is vraagsturing de oplossing.' In: Bosselaar, H., J. van der Wolk, K. Zwart & H. Spies. *Vraagsturing*, 65-72. Utrecht: Jan van Arkel
- Genschel, P. 1997. 'The dynamics of Inertia: institutional persistence and change in telecommunications and health care.' *Governance: an international journal of policy and Administration* 10 (1): 43-66
- Geraets, J. 2001. 'De rol van RPCP en cliëntenraad bij kwaliteitsverbetering in de thuiszorg.' *Nieuwsbrief verzorging & verpleging* (5): 12-14.
- Goodyear-Smith, F. & S. Buetow, 2001. 'Power issues in the doctor-patient relationship.' *Health care analysis* (9): 449-462.
- Goudriaan, G. & A.M. Vaalburg. 1998. *De vraag als maat*. Utrecht: NIZW en NPCF
- Govers, J.P. 1998. 'De goede patiënt.' *Medisch Contact* 53(13): 413-414.

- Grit, K. & W. Dolfsma. 2002. 'The dynamics of the Dutch Health care system. A discourse analysis.' *Review of social economy* LX(3)
- Hall, P.A. 1993. 'Policy paradigms.' *Comparative Politics* 275-296
- Hall, R.H. 1982. *Organizations: structure and process. Third edition.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Hamel, J. 2001. 'De patiënt centraal.' *ZM magazine* (9): 2-6
- Hazeu, C.A. 2000. *Institutionele economie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Hemerijck, A. 2001. 'De institutionele beleidsanalyse: naar een intentionele verklaring van beleidsverandering.' In: Abma, T. & R. In 't veld. *Handboek beleidswetenschap*, 83-95. Amsterdam: Boom
- Hemerijck, A. & J.-K. Helderman. 1995. Welfare reform in a corporatist polity: a perspective on institutional change. Paper presented at the NOB-conference 10-11 november 1995.
- Hirschman, A.O. 1970. *Exit, voice and loyalty.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hoeksma, B.M. & P.G.M. Jansen. 2001. *Beheersingsaspecten van vraagsturing in de AWBZ.* Enschede: Hoeksma, Homans & Menting organisatie adviseurs
- Hoogerwerf, R., E. Nievers & C. Scholten. 2004. *De invloed van cliëntenraden.* Leiden: Research voor beleid
- Horstman, K. & J. Van der Made. 2004. 'Exit en voice in de verzekeringswereld. Gebrekkige gezondheid, gebrekkig verweer?' *B&M* 31(1): 42-51
- Hudson, B. 2004. 'Analysing network partnership.' *Public management review* 6(1): 75-94
- Huijsman, R. & J.D.H. Van Wijngaarden. 2001. 'Regiovisie als instrument voor regionale vraagsturing' In: *Handboek Structuur en Financiering*, 13.1-1 t/m 13.1-22. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hutjes, J.M. & J.A. van Buuren. 1992. *De gevalsstudie: strategie van kwalitatief onderzoek.* Meppel: Boom.
- Jansen, L. 2002. 'De klant is koning, nu de burger nog' In: Bosselaar, H., J. van der Wolk, K. Zwart & H. Spies. *Vraagsturing*, 189-202. Utrecht: Jan van Arkel
- Jochimsen, H. 1995. 'Nut en keuzevrijheid in de gezondheidszorg' In: *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 5(1): 8-12
- Kasdorp, J. 2001. *De RVZ over het zorgstelsel* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Katz, D. & R.L. Kahn. 1978. *The social psychology of organizations. Second edition.* New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Kemps, H. 2002. 'Helden van de terugtocht.' *Zorgvisie* (3): 26-28
- Kickert, W.J.M. 1991. *Complexiteit, zelfsturing en dynamiek. Oratie.* Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kickert, W.J.M. et al. 1997. *Managing complex networks.* London: Sage publications
- Klazinga et al. 2001. *Gezondheid, zorg en stelsel AMC/UvA-achtergrondstudie bij 'Vraag aan Bod'*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Klijn, E.-H. 1996. *Regels en sturing in netwerken: de invloed van netwerkregels op de herstructurering van naoorlogse wijken.* Delft: Eburon.
- Klijn, E.-H. 1997. 'Policy networks: an overview' In: Kickert, W.J.M., E.-H. Klijn & J.F.M. Koppenjan. *Managing complex networks*, 14-34. London, California & New Delhi: Sage Publications Ltd.
- Klijn, E.-H. 2001. 'Rules as institutional context for decision making in networks.' *Administration & society* 33(2): 133-164.
- Knulst, M. 2003. 'Redactioneel.' *Cliënt en Raad* 4(2)
- Komter, A. 2003. *Solidariteit en het offer. Oratie.* Utrecht: Universiteit Utrecht.

- Kooiman, J. 1993. *Modern Governance; New Government-Society Interactions*. London, Newbury Park, New Delhi: SAGE Publications.
- Kort, H., F. Giesen, B. Prinsen, R. Peppel, M. Veenliet & N. Zwart. 2002. *Belevingsgerichte hulpverlening in de thuiszorgpraktijk* Utrecht: NIZW
- Lameer, C. 1996. 'De WGBO: een omwenteling.' *Kanker* 20(6): 32-36.
- Lapré, R., E. Schut & F. Rutten, 1999 *Algemene economie van de gezondheidszorg* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Lelie, A. 2000. 'relatie op drift: ontwikkelingen in het arts-patiëntrelatie.' *Medisch contact* 55(48): 1707-1709
- Levine, S. & P.E. White. 1960. 'Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships.' *Administrative science quarterly* 5(4): 583-601.
- Liker, J.K., C.J. Haddad & J. Karlin. 1999. 'Perspectives on technology and work organization.' *Annual review of sociology* 25(1): 575-596
- Lomas, J. 1997. 'Reluctant rationers: public input to health care priorities.' *Journal of health services research and policy* 2(2): 103-111
- Maarse, J.A.M. 2001. 'De hervorming van de gezondheidszorg.' *Bestuurskunde* 10(5): 186-196.
- MacStravic, S. 2000. 'The downside of patient empowerment.' *Health Forum Journal* 43(1): 30-31.
- March, J. & J.P. Olsen. 1989 *Rediscovering institutions*. New York: The Free Press.
- MDW-werkgroep AWBZ. 2000. *De ontvoogding van de AWBZ*. S.I.: MDW-werkgroep AWBZ, 2000.
- Meloen, J.D., P.P. Groenwegen & D.M.J. Delnoij. 2001. 'Nieuw besturingsmiddel in het poldermodel?' *TSG* 79(4): 248-251.
- Meyers, J.M.M. 1999. 'Op weg naar pati  ntgestuurde gezondheidszorg.' *TSG* 77(4): 205-207
- Miltenburg, Th.E.M. & C.C. Ramakers. 1999. 'Evaluatieonderzoek persoonsgebonden budget in Nederland.' *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 77(7): 422-429.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 1974. *Structuurnota gezondheidszorg*. Tweede kamer, 1973/1974, 13012, nrs. 1-2.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 1981. *Nota Patiëntenbeleid*. Tweede Kamer, 1980/1981, 16771 nrs. 1-2.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983, *Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen* Tweede kamer, 1983-1984, 18108, nrs. 1-2
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1986. *Nota 2000. Over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens*. Tweede Kamer, 1985-1986, 19500, no. 1-2-3.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1988. *Tweede voortgangsnota Patiëntenbeleid* Tweede Kamer, 1987-1988, 16771, nr.31
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1988. *Verandering verzekerd*. Tweede Kamer, 1987-1988, 19 945, nrs 27-28
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1990. *Werken aan zorgvernieuwing*. Tweede Kamer, 1989-1990, 21545, nr 2.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1991. *Nota Chronisch-ziekenbeleid*. Tweede Kamer, 1990-1991, 22025 nr. 1.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1991. *Nota kwaliteit van zorg*. Tweede Kamer, 1990-1991, 22113. Den Haag: SDU
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1992. *Nota patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector*. Tweede Kamer, 1992-1993, 16 771, nr. 14

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 1992. *Modernisering zorgsector: weloverwogen verder*. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 393, nr. 20
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1995. *Beleidsbrief Patiënten/consumentenbeleid*. Tweede kamer, 1994-1995, 22702 nr.11
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1995. *Nota Curatieve zorg*. Tweede Kamer, 1994-1995, 23619, nr.4.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1999. *Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg*. Tweede Kamer, 1998-1999, 26517, nr.1
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1999. *Zicht op zorg: plan van aanpak modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, 1998-1999, 26631, nr.1
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000. *Beweging in de zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000. *Projectbeschrijving van het groot project modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, 2000-2001, 26631, nr.10
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Herziening projectbeschrijving Modernisering van de AWBZ*. Tweede Kamer, 2000-2001, 26631, nr.13
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2000. *Speelruimte en verantwoordelijkheid: notitie over de WTG*. Tweede Kamer, 1999-2000, 27156, nr.2
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000. *Zorgnota 2001*. Tweede Kamer, 2000-2001, 27401, nr.2
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000. *Actieplan zorg verzekerd*. Tweede Kamer, 2000-2001, 27488, nr.1
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Zorg met toekomst*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Beleidsbrief 'Modernisering curatieve zorg, tweede fase'*. Tweede Kamer, 2000-2001, 23619, nr.18
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraaggestuurde zorg*. Tweede kamer, 2000-2001, 27807, nr.2
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Vraag aan bod*. Tweede Kamer, 2000-2001, 27855, nr.2
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2001. *Standpunt evaluatie wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Tweede Kamer, 2001-2002, 28000 XVI, nr.14
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2002. *Jaarbeeld zorg 2001*. Den Haag: Ministerie van VWS/SDU
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2002. *Wet exploitatie zorginstellingen. Nota n.a.v. het verslag*. Tweede Kamer, 2001-2002, 27659 nr.10.
- Ministerie van Volksgezondheidszorg, Welzijn en Sport. 2002. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. Tweede Kamer, 2001-2002, 28439, nr.1
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2003. *Integrale voortgangsrapportage over de uitvoering van de nota 'Met zorg kiezen'*. Tweede Kamer, 2002-2003, 27807, nr.20
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2004. *Hoofdpijnen visie bewindslieden VWS op nieuwe zorgstelsel*. Tweede Kamer, 2003-2004, 23619, nr.21
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2004. *Beleidsbrief het PGB gewogen*. Tweede Kamer, 2004-2005, 25657/26631, nr.29
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2004. *Brief minister en staatssecretaris over nota 'Met zorg kiezen'*. Tweede Kamer, 2003-2004, 27807, nr.22
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2005. *Achtste voortgangsrapportage modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, 2004-2005, 26631, nr.137

- Mintzberg, H. 1981. 'Organization design. Fashion or fit?' In: *Harvard business review*. vol. 59. nr.1. pag. 103-116
- Mintzberg, H. 1983. *Structure in fives* Englewood cliffs, NJ: Prentice hall.
- Mulder, J.H. 2001. 'Stille revolutie onder patiënten.' *Medisch contact* 56(42): 1545-1547.
- Nationale Commissie van Chronisch zieken. 1999. *Chronisch-ziekenbeleid in de jaren negentig*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. 1995. *Invloed van patiënten; advies over de verbetering van de positie van patiënten*. Zoetermeer: NRV.
- Nederland, T. & J.W. Duyvendak. 2004. *De kunst van effectieve belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut
- Nederland, T., J. Duyvendak & M. Brugman. 2003. *Belangenbehartiging door de patiënten- en cliëntenbeweging* Utrecht: Verwey-Jonker instituut
- NIVEL. 1997. *Brancherapport patiënten/consumenten*. Utrecht: NIVEL
- NIVEL. 1998. *Brancherapport chronisch zieken*. Utrecht: NIVEL
- Noordegraaf, M. 2002. 'Passende politiek? Een kritische analyse van moderne sturingsvisies.' *Bestuurswetenschappen* (4): 281-297.
- Noordegraaf, M. & K. Grit. 2004. 'Vragen over vraagsturing.' *Beleidswetenschap* 18(3): 201-222
- North, N. & S. Werkö. 2002. 'Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services.' *International journal of Health services* 32(4): 781-798.
- Okma, K.G.H. 2001. 'De nota 'Vraag aan bod': oud voor nieuw of nieuw voor oud?' *Zorg en Verzekering* (6): 537-544.
- Oudenampsen, D.G. 1992. 'De patiënt/consument als nieuwe partij in de gezondheidszorg.' *Handboek structuur en financiering gezondheidszorg*, 12.1-1/12.1-24. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Oudenampsen, D.G. 1999. *De patiënt als burger, de burger als patiënt*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Oudenampsen, D.G. 2000. 'De patiënt/consument als nieuwe partij in de gezondheidszorg' In: *Consumentenboek gezondheidszorg*, 12.1-1 t/m 12.1-24. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Perrow, C. 1967. 'A Framework for the comparative analysis of organizations.' *American Sociological review* 32(2): 194-208
- Pfeffer, J. & G.R. Salancik. 2003. *The external control of organizations*. Stanford, CA.: Stanford Business Books.
- Pickard, S. 1998. 'Citizenship and consumerism in health care: a critique of citizens'juries.' *Social Policy and Administration* 32(3): 226- 244
- Plantinga, K.1999. 'Waakhond van het patientenbelang. Doel en Werkwijze van regionale patienten consumenten platforms.' *Verpleegkundig management* 5(6): 2-4
- Plug, P., M. van Twist & L. Geut. 2003. *Sturing van marktwerking*. Assen: Berenschot fundatie en Koninklijke Van Gorcum BV.
- Pool, A. 1999. 'Een model om menselijk en doelmatig zorg te verlenen. Belevingsgerichte zorg.' *Tijdschrift voor verpleegkundigen* (21)
- Potter, J. 1988. 'Consumerism and the public sector. How well does the coat fit?' *Public administration* (66): 149-164.
- Pommer, E. 2005 'Demografie, economie en overheid' In: SCP. *Sociale staat van Nederland 2005*, 17-45. Den Haag: SCP
- Prismant. 2002. *Brancherapport Care 1998-2001*. Utrecht: Prismant
- Putters, K. 2001. *Geboeid ondernemen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Putters, K. 2003. 'Vraagsturing tussen feit en fictie.' *Beleidswetenschap* (2): 87-98.

- Putters, K. & T.E.D. van der Grinten. 2001. 'Schuivende Institutionele verhoudingen in de bestudering van de Nederlandse gezondheidszorg' In: Abma, T. & R. In 't Veld (red.) *Handboek beleidswetenschap*, 111-126. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Raad voor de financiële verhoudingen. 2002. *Trends in de financiële verhoudingen. Jaarrapport 2002*. Den Haag: Raad voor de financiële verhoudingen.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 1998. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: RVZ
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2000. *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2000. *De rollen verdeeld; achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2001. *Care en Cure*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de volksgezondheid en zorg. 2003. *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. 2000. *Aansprekend burgerschap*. Den Haag: RMO
- Ramakers, C. 1998. 'Het cliëntgebonden budget.' *Medisch contact* 53(13): 427-429
- Rhodes, R.A.W. 1997. *Understanding Governance; Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Rice, T. 1997. 'Can markets give us the health system we want?' *Journal of health politics, policy and law* 22(2)
- Rijckmans, M.J.N., H.F.L. Garretsen, I.M.B. Bongers & L.A.M. van de Goor. 2002. 'Vraaggerichtheid en vraagsturing; een poging tot conceptuele verheldering.' *TSG* 80(6): 388-392
- Rowe, R. & M. Shepherd. 2002. 'Public participation in the new NHS: no closer to citizen control?' *Social policy and administration* 36(3): 275-290.
- Ruef, M. & W.R. Scott. 1998. 'A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments.' *Administrative Science Quarterly* (43): 877-904.
- Salancik, G.R. 1986. 'An index for subgroup influence in Dependency Networks' In: *Administrative Science Quarterly* (31): 94-211
- Schakenraad, W. et al. (red.). 1998. *Dynamiek in drievoud: onderzoek voor burgers, instellingen en overheden*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel/Verwey-Jonker instituut
- Scharpf, F.W. 1997. *Games real actors play*. Boulder, CO. [etc.]: Westview Press.
- Scholten, C. & P. De klaver. 2003. *Vraagsturing in de thuiszorg. U vraagt, wij draaien? Basis zorgspecial 2003*. www.researchvoorbeleid.nl
- Scholten, G. & T.E.D. van der Grinten. 2002. 'Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance.' *Health policy* 62: 131-139
- Schut, F.T. 1995. *Competition in the Dutch Health care sector. Proefschrift*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Schut, F. 2003. *De zorg is toch geen markt? Oratie* Rotterdam: Instituut beleid en Management gezondheidszorg. ErasmusMC
- Scott, W.R. 1992. *Organizations. Rational, natural, and open systems. Third edition*. Englewood [etc.]: Prentice hall.
- Scott, W.R. 2001. *Institutions & organizations. Second edition*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Segal, L. 1998. 'The importance of patient empowerment in health system reform.' *Health policy* (44): 31-44.
- Shepard, J.M. & J.G. Hougland, jr. 1978. 'Contingency Theory: 'Complex Man' or 'Complex organization?' *Academy of management review* (3): 413-427.

- Sluijs, E.M., R.D. Friele & J.E. Hanssen. 2004. *WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen*. Den Haag: Zonmw.
- Smith, P.C.A. et al. 1997. 'Principal-agent problems in health care systems.' *Health policy*. (41): 37-60.
- Sol, E. 2000. *Arbeidsvoorzieningen in Nederland*. Den Haag: Sdu Uitgevers
- Somai, D. en J.B.F. Hutten. 2002. *Brancherapport Cure '98-'01*. Den Haag/Utrecht : Ministerie van VWS /NIVEL
- Stüssgen, R. 1997. *De nieuwe patiënt op weg naar autonomie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Struijs, A.J. 2000. Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid. In: Raad voor de volksgezondheid en zorg (ed.). *De rollen verdeeld achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ.
- Swanborn, P.G. 1996. *Case-study's. Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam: Boom, cop.
- Ten Have, H. 2000. 'Re-evaluating professional autonomy in health care.' *Theoretical medicine* (21): 503-513.
- Ten Have, H.A.M.J., R.H.J. ter Meulen & E. van Leeuwen. 1998. *Medische ethiek*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tonkens, E. 2001a. 'Vraaggericht werken in de sociale sector.' *Tijdschrift voor de sociale sector* 16-19.
- Tonkens, E. 2001b. 'Weglopen of je stem verheffen.' *Tijdschrift voor de sociale sector* (9): 35-37
- Timmermans, J. & I.B. Woittiez, 2004. *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: SCP
- Trappenburg, M. 2005. *Gezondheidszorg en democratie. Oratie*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Tweede Kamer 2001-2002. 2002. *Strategisch akkoord kabinetsformatie 2002*. Tweede kamer, 2001-2002, 28375 nr. 5
- Van Delft, S. 2002. 'Acties consumentenbond.' *Zorgvisie* 32(3): 14-15.
- Van den Brink, G. 2002. *Mondig of moeilijker?* Den Haag: Sdu Uitgevers
- Van den Brink, J.C., T.Brandsen & K. Putters. 2002. 'The smothering embrace: competition in the implementation of social policy.' *Social policy & administration* 36(2): 200-215
- Van de Siepkamp, 2000. 'Verankering van vraaggestuurde zorg.' *ZM-magazine* (11): 20-24
- Van der Grinten, T.E.D. 1994. 'Veranderingen in het maatschappelijk middenveld, over nut en noodzaak van beleidsnetwerken in de gezondheidszorg.' *Medisch contact* 299(12): 388-390
- Van der Grinten, T.E.D. 2000. 'Sturing door en sturing van de vraag.' *Beleid en Maatschappij* 27(4): 249-255
- Van der Grinten, T.E.D. 2001. 'Maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg.' *Bestuurskunde* 10(1): 40-49.
- Van der Grinten, T.E.D. 2002. 'Sturingslogica's en maatschappelijk ondernemerschap in de zorg' In: Raad van Openbaar Bestuur. 2002. *Na paars: een nieuwe sturingslogica?*, 59-70. Den Haag: RoB
- Van der Grinten, T.E.D. & J. Kasdorp, 1999a. *25 jaar sturing in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal cultureel planbureau.
- Van der Grinten, T.E.D. & J. Kasdorp. 1999b. 'Choices in Dutch health care; mixing strategies and responsibilities.' *Health policy* 50: 105-122
- Van der Grinten, T.E.D. & P. Meurs. 2005. 'Publieke verantwoording in de gezondheidszorg' In: Bakker, W. & K. Yesilkagit. *Publieke verantwoording*, 215-244. Amsterdam: Boom

- Van der Grinten, T.E.D. & P.Vos. 2004. 'Gezondheidszorg' In: H. Dijkstelbloem, P.L. Meurs & E.K. Schrijvers (red.). *Maatschappelijke dienstverlening*, 133-182. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Van der Kraan, W.G.M. 2001. *Vraaggericht en vraaggestuurd*. Den Haag: Zonmw
- Van der Kraan, W.G.M. 2002. 'Vraaggestuurde zorg' In: Van Adrichem, J.A.M. et.al. (eds.) *Handboek Thuiszorg*. Maarssen: Elsevier
- Van der Kraan, W.G.M. 2003. 'Patiëntenparticipatie als instrument' In: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant*, 192-217. Zoetermeer: RVZ.
- Van der Kraan, W.G.M., T.E.D. Van der Grinten & K. Putters. 2004. *The meaning of demand-driven care for the empowerment of patients. Paper presented at the European Health and Management Association conference 2004; Germany*.
- Vandermeulen, L. 2002. 'Spel en spelers bij vraagsturing.' *Zorgvisie* (10): 32-35
- Van der Laan, G 2002. 'Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap.' *Sociale interventie* (2): 44-51
- Van der Planck, R.N. 2000. 'Consumentensoevereiniteit in de zorg.' *Zorg en Verzekering*. 8(5): 471-478
- Van der Veen. 2000. 'De verzorgingsstaat in de laat-moderniteit.' *Beleid en Maatschappij* 27(2): 63-77
- Van der Wijk, P. 2003. 'De zorgverzekeraar als zorginkoper.' *Handboek structuur en financiering van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier.
- Van Heffen, O. & A.H.M. Kerkhoff. 1996. 'Gezondheidszorg tussen staat, markt en middenveld.' *Medisch contact* 51(48): 1551-1552
- Van Heffen, O. & A.H.M. Kerkhoff. 1999. 'Beïnvloedingsstrategieën voor patiëntenorganisaties.' *Consumentenboek gezondheidszorg*, A4.2-1 – A4.2-14. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Van Heffen, O. & P. Klok. 1997. *Policy as the result of instrumental tactics. Paper presented at the IPSA-conference, seoul*.
- Van Mil, B. & M.J.W. Twist. 2001. 'Over vraagversterking in de zorgsector.' *Bestuurskunde* 10(5): 219-227.
- Van Oorschot, J.A. et al, 1995. *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum
- Van Rijen, A.J.G. & W.G.M. van der Kraan. 2004. *Arts, patiënt en gebruik van zorg. Achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Van Tulder, J. & R. Borkus (red.). 2001. *Veranderend perspectief*. Haarlem: Stichting patiëntenfonds
- Van Veen, E.-B. 1993. 'Het beleid van de rijksoverheid.' *Consumentenboek gezondheidszorg*, E1-1/E1-19. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg
- Van Wijmen, F.C.B. 1996. *Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Oratie*. Deventer: Kluwer
- Van Wijmen, F.C.B. 1997. 'Profiel van een goede patiënt; de goede patiënt.' *Medisch contact* 52(17): 529.
- Van Wijmen, F.C.B. 2003. 'En ik ben maar een kuip vol dromen' In: RVZ. *Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Achtergrondstudie bij Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ.
- Verbeek, G. 1999. *Zorg in Samenspel*. Utrecht: NIZW
- Verbeek, G. 2003. 'Cliënten als gesprekspartner.' *Cliënt & Raad* 4(2)
- Verkaar, E.A.M.J. & K.R.J. Geelen. 1993. 'Categoriale patiëntenorganisaties: achtergronden en activiteiten' In: *Consumentenboek*, A3.1-1/A.3.1-13. Maarssen: Elsevier.
- Verstegen, D. 2002. 'De wereld op zijn kop.' *HMF* (2): 14-15

- Wassenberg, A. 1980. *Netwerken: organisatie en strategie*. Amsterdam: Boom Meppel
- Wester, F. 1995. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Derde herziene druk*. Bussum: Coutinho.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. 2004. *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam university press.
- Wilder, M., A.P. Den Exter & W.G.M. van der Kraan. 2004. 'The changing role of the individual in social health insurance systems' In: Saltman, R.B., R. Busse & J. Figueras. (ed.). *Social health insurance systems in Western Europe*, 248-265. Open university press
- Zajac, E.J. & S.M. Shortell. 1989 'Changing generic strategies: likelihood, direction and performance implications.' *Strategic management journal* 10(5): 413-430
- ZON. 1999. *Verbinden en Vernieuwen*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Zwart, H. 1997. 'Patiëntvriendelijkheid als filosofie.' *Medisch contact* 52(21): 657-660.

Bijlage 1

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZGR	Aanvullende Zorg Groot Rijnland
(Wet) BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BTN	Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland
BV	Besloten Vennootschap
CAO	Collectieve ArbeidsOvereenkomst
CAR	Cliënten Advies Raad
CCR	Centrale Cliëntenraad
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
ICT	Informatie- en CommunicatieTechnologie
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
KWZ	KwaliteitsWet Zorginstellingen
LBK	Landelijke Beroepscommissie Klachten
LOC	Landelijke Organisatie Cliëntenraden
MKB	Midden- en Klein Bedrijf
NCCZ	Nationale Commissie van Chronisch Zieken
NEC	Nijmegen Eendracht Combinatie
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NMA	Nederlandse MededingingsAutoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NZI	Nederlands Ziekenhuis Instituut
OR	OndernemingsRaad
PAR	Patiënten Advies Raad
PGB	PersoonsGebonden Budget
PPCF	Provinciale Patiënten- en ConsumentenFederatie
QUOTE-methode	Quality of care through the eyes of the patient
RHV	Regionale HuisartsenVereniging
RIGOM	Regionale Instelling Gecoördineerd Ouderenwerk
RIO	Regionaal IndicatieOrgaan
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkelingen
ROC (Nijmegen)	Regionaal Opleidingen Centrum Nijmegen en Omstreken
RPCP	Regionaal Patiënten en Consumenten Platform
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBP	Stichting Bekkenbodem Patiënten
SMC	Sport Medisch Centrum
SMK	Sint MaartensKliniek
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst

STBNO	Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost
SVB	Sociale VerzekeringsBank
SWO	Stichting Welzijn Ouderen
SZS	Stichting Zorgnetwerk Salland
TIA	Transcient Ischemic Attack
UMCU	Universitair Medisch Centrum Utrecht
USO	Udense Stichting Ouderen
VAH	Verzorgingshuiszorg aan Huis
VMS	Vereniging Medische Staf
VSD	Vrijgevestigde Specialisten Deventer
VUMC	VU Medisch Centrum
VWS (Ministerie van)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet Toegang Zorginstellingen
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WZV	Wet ZiekenhuisVoorzieningen
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum

Bijlage 2

Topiclijst

Introductie

Ik ben bezig met een promotieonderzoek naar de vormgeving van vraaggestuurde zorg. Ik wil het in dit gesprek graag met u hebben over het project

Ik ben vooral geïnteresseerd in het verloop van het proces, hoe bepaalde keuzes tot stand zijn gekomen en de betrokkenheid van verschillende partijen daarbij. Daarnaast zou ik ook willen kijken hoe het project ingebed is in het regionale zorgnetwerk. Het is uiteindelijk de bedoeling om een beeld te schetsen van de relaties tussen de verschillende partijen in de regio en het verloop van het zorgvernieuwingsproject. Het is niet de bedoeling om een evaluatie uit te voeren of het project te toetsen. Heeft u vooraf nog vragen?

Persoonlijke kenmerken

- Functie binnen de organisatie
- Duur dienstverband
- Achtergrond
- Mandaat als vertegenwoordiger bij het project

Het project: doelstellingen en vormgeving

- Betrokkenheid bij het project
 - Persoonlijk
 - De organisatie waar de respondent werkzaam is
- Start van het project
- Aanleiding van het project
- Doelstellingen van het project
- Gebruik van het begrip vraagsturing/vraaggestuurde zorg binnen project
 - Onderscheid tussen vraaggestuurde zorg en vraaggerichte zorg
 - Wat verstaat respondent onder vraagsturing
 - Wat verstaat de organisatie van de respondent onder vraagsturing
- Vormgeving van het project
 - Rol vraagsturing/vragerperspectief in vormgeving
- Activiteiten binnen de organisatie van de respondent op het gebied van vraagsturing (cliëntenraad)

Het project: procesverloop

- Betrokkenheid van verschillende partijen bij het project
 - Reden van betrokkenheid
 - Aard van de betrokkenheid
 - Belang van de betrokkenheid van verschillende partijen
 - Betrokkenheid van de respondent/organisatie van de respondent

- (formele) afspraken over het verloop/de organisatie van het project
- (formele) rolverdeling tussen de betrokken partijen
 - Rol respondent/organisatie van de respondent bij het project
- Visie op eigen rol van de respondent/organisatie van de respondent bij het vormgeven/bevorderen van vraagsturing
- Visie op rol andere partijen op vormgeving van vraagsturing
- Fase waarin het project zich nu bevindt (beleidsvoorbereiding, beleidsvaststelling, beleidsuitvoering, evaluatie)
- (Belangrijke) beslismomenten
 - Wijze waarop deze beslissingen zijn genomen
 - Betrokkenheid partijen bij deze beslissingen

Interorganisatiele contacten

- Contacten tussen partijen buiten het project
- Frequentie van contacten van de respondent/zijn organisatie met verschillende partijen.
 - Wijze van contact met deze partijen.
 - Aanwezigheid van overlegvormen in de regio
 - Belang van de contacten met de verschillende partijen
- Doelstellingen van de verschillende overlegvormen.
- Duur van het bestaan van overlegvormen/samenwerkingsverbanden
- Continuïteit/dynamiek van (samenstelling) overlegvormen/samenwerkingsverbanden
- Aard van de overlegvormen/samenwerkingsverbanden
 - Frequentie van de contacten
 - Formele regelingen
 - Functioneren van overlegvormen in de praktijk
- Betrokkenheid verschillende partijen bij de verschillende overlegvormen en samenwerkingsverbanden
- Relatie tussen rol/positie partij bij het project en rol/positie in overlegvormen/samenwerkingsverbanden
 - Rol/positie (organisatie van de) respondent in overlegvormen/samenwerkingsverbanden
- Feitelijke bijdrage van overlegvormen/samenwerkingsverbanden aan de organisatie/coördinatie van zorgverlening in de regio
 - Bijdrage van de overlegvormen aan de vormgeving van het project
- Toevoegingen/suggesties van de respondent.

Bijlage 3

Respondenten

Casus ‘Verzorgingshuiszorg aan huis’

Stichting Welstaete	Voorzitter Raad van Bestuur
Stichting Welstaete	Clusterdirecteur Uden
Stichting Welstaete	Clusterdirecteur Veghel
Stichting Welstaete	Locatiemanager Simeonshof en Sint Antonius
Stichting Welstaete	Locatiemanager Compostella
Stichting Welstaete	Locatiemanager Odendael
Stichting Welstaete	Ondersteuner Cliëntenraden
Stichting Welstaete	Kwaliteitscoördinator
Stichting Welstaete	Manager zorginnovatie
Stichting Welstaete	Beleidsmedewerker zorgnetwerk Oss Uden Veghel
Stichting Welstaete	Woonzorgconsulent
Stichting Welstaete	Teamleider Sint Jan
Stichting Welstaete	Teamleider Odendael
Stichting Welstaete	Wijkverpleegkundige Sint Jan
Stichting Welstaete	Zorgconsulent psychogeriatric
STBNO	Lid Raad van Bestuur
STBNO	Rayondirecteur
STBNO	Manager verpleging en verzorging
STBNO	Locatiemanager
Gemeente Uden	Adviseur afdeling welzijn
Gemeente Landerd	Hoofd afdeling Welzijn
Gemeente Veghel	Adviseur van de werkgroep regiovisie
SWO	Directeur
RIGOM	Projectleider
Zorgtoewijzingscommissie	Medewerker team zorgtoewijzing
RIO	Directeur
RIO	Teamleider
USO	Voorzitter
RPCP	Ondersteuner AWBZ-projecten
RPCP	Vertegenwoordiger lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken
RPCP	Vertegenwoordiger ouderen/lid ouderenbond
Woonmaatschappij Maasland	Beleidsmedewerker wonen en zorg
Woonmaatschappij Maasland	Woonconsulent
Woonmaatschappij Maasland	Hoofd klantencontacten
Woonbelang Veghel	Manager woondiensten
Zorgnetwerk Oss Uden Veghel	Projectmanager
VGZ	Contactpersoon verpleging en verzorging

Casus ‘Particuliere Thuiszorg’

AZGR	Directeur
AZGR	Zorgconsulenten
AZGR	Cliënt
Per Saldo	Beleidsmedewerker
RPCP	Adjunct-directeur/beleidsmedewerker verpleging en verzorging
RPCP	PGB-consulent/beleidsmedewerker
Zorg en Zekerheid	Accountmanager
Zorg en Zekerheid	Beleidsmedewerker
RIO	Teamcoördinator

Casus ‘Het vraaggestuurde ziekenhuis’

Deventer ziekenhuis	Algemeen directeur
Deventer ziekenhuis	Directeur organisatieontwikkeling
Deventer ziekenhuis	Cardioloog, vice-voorzitter medische staf
Deventer ziekenhuis	Voorzitter cliëntenadviesraad
Deventer ziekenhuis	Coördinator transmurale projectorganisatie Salland
Deventer ziekenhuis	Voorzitter medische staf
Deventer ziekenhuis	Sectorhoofd kliniek
Deventer ziekenhuis	Sectorhoofd polikliniek en onderzoek- en behandelafdelingen
Deventer ziekenhuis	Afdelingshoofd cardiologie
Deventer ziekenhuis	Afdelingshoofd klinische neurofysiologie
Deventer ziekenhuis	Kwaliteitsfunctionaris
Deventer ziekenhuis	Hoofd opname en ontslag
Deventer ziekenhuis	Hoofd ICT
RHV	Secretaris van de Regionale huisartsenvereniging
RHV	Coördinator van de werkgroep deskundigheidsbevordering
SZS	Voorzitter
Salland verzekeringen	Adjunct-directeur/medisch adviseur
Salland verzekeringen	Beleidsmedewerker zorgbeleid
Amicon verzekeringen	Regiovertegenwoordiger
Amicon verzekeringen	Beleidsmedewerker regiovertegenwoordiging
PPCF	Directeur
PPCF	Regioconsulent
Thuiszorg ZWO	Directeur
Plexus Medical Group	Directeur
Plexus Medical Group	Adviseur

Casus ‘Het sportmedisch centrum’

Sint Maartenskliniek	Lid Raad van Bestuur
Sint Maartenskliniek	Directeur revalidatiecentrum
Sint Maartenskliniek	Hoofd afdeling fysiotherapie
Sint Maartenskliniek	Staffunctionaris patiëntenzorg/secretaris PAR
Sint Maartenskliniek	Orthopedisch chirurg
Sint Maartenskliniek	Orthopeed
Sint Maartenskliniek	Manager Sportmedisch centrum/Sportarts

Sint Maartenskliniek
PPCF

Reumapatiëntenvereniging
RHV
RHV
CZ
VGZ
Gemeente Nijmegen
Gemeente Nijmegen
St. Zevenheuvelenloop
Stadion de Goffert
Adviesbureau Van der Togt

Oud-lid PAR en lid PPCF
Beleidsmedewerker curatieve
zorg/projectleider huisartsenzorg
Vice-voorzitter
Lid van de commissie eerste-tweede lijn
Lid van de commissie eerste-tweede lijn
Beleidsmedewerker ziekenhuizen
Manager zorg
Medewerker directie strategie en projecten
Wethouder
Lid bestuur
Directeur
Directeur

Casus ‘Anderhalffijnzorg’

Alant Medical
Alant Cardio
Alant Cardio
Alant Cardio
Alant Vrouw
Alant Vrouw
VUMC
UMCU
UMCU
UMCU
Vendex KBB
Agis zorgverzekeringen
Agis zorgverzekeringen
Bloedlink
SBP
Amsterdamse huisartsenvereniging
Huisarts in Nieuwegein

Algemeen directeur en initiatiefnemer
Initiatiefnemer en cardioloog
Directeur
Internist (gedetacheerd vanuit VUMC)
Directeur
Medisch directeur en gynaecoloog
Hoofd afdeling interne geneeskunde
Hoogleraar gynaecologie
Medisch manager UMCU
Staflid UMCU
Manager ketenbesturing
Lid Raad van Bestuur
Manager Zorg
Directeur
Medewerker
Voorzitter

Summary

Demand for demand-driven care

In several countries health care systems are reformed towards a demand-driven care system. Actors involved are looking for ways to replace central regulation of the provision of health care by a system based on flexible markets in which consumers can express their demands and in which the providers can meet these demands with their products and services.

In the Netherlands (and other Bismarck systems) government, providers and insurers have traditionally formed a triangle in which health care was delivered. With the introduction of the concept of demand-driven care, however, a new party is being introduced, namely the patient/consumer/insured. The patient has, of course, always been present in health care systems, but usually as a passive party. Societal developments and government policy bring about change and patients nowadays are becoming a countervailing force against the traditional actors involved. To accommodate the demand, suppliers and insurers will have to become more responsive towards the needs and wants of the patient. To accomplish this, they will be given more freedom to act according to their new responsibilities. But what will all those developments concerning the introduction of demand-driven care eventually mean for the positions and roles of different actors and the daily practice of health care delivery in Dutch health care?

The aim of this study is to create more insight in the way the concept 'demand-driven care' is used in health care policy and the way actors deal with and implement demand-driven care. The central question of this study is formulated as followed:

Which meaning does demand-driven care have in Dutch health care?

From this central question the following research questions are derived:

- How can the appearance of 'demand-driven' care in Dutch health care be understood?
- How is demand-driven care defined?
- Which perspectives on demand-driven care can be distinguished?
- Which factors influence the development and implementation of demand-driven care in the context of Dutch health care?
- In what way is demand-driven care being implemented in practice?

To answer these questions three elements in the development of demand-driven care in Dutch health care are explored:

- The debate about demand-driven care;
- Policy concerning health care and more specifically concerning demand-driven care;
- Projects (five) concerning the innovation of health care, both in long-term care as in short-term care.

The appearance of demand-driven care in Dutch health care

The appearance of demand-driven care in Dutch health care is the result of several incremental processes in both Dutch health care and the Dutch society as a whole.

Citizens are becoming more emancipated and more informed. The population is also becoming older and more chronically ill. Combined with strong medical-technical improvements, these developments create a growing demand for health care.

Government tries to restructure health care into a more efficient and patient-oriented sector so that health care can meet the challenges and demands of the future. Responsibilities and control are redistributed among government, health care providers, insurers and patient. The case studies show that both societal developments and policy measures taken by the government influence the actions of providers.

Defining demand-driven care

The exploration of the debate about demand-driven care reveals a large variation in definitions and related concepts that are used to discuss and give meaning to the concept of demand-driven care. A central element of all definitions is the focus on the patient perspective: the needs and interests of the patient should become a central element in the organization and delivery of health care. Subject of debate however is the question who should determine the content of the patient perspective and the extent to which this perspective should be determinative for health care organization and delivery. The different definitions of demand-driven care can be positioned on a continuum between total control for the patient and total control for the provider, insurer and government.

Besides the element of distribution of control, definitions of demand-driven care also differ on the content of the demand of care. The demand for care can be formulated in a objective, medical-professional manner, using medical standards, but the demand of care can also be formulated from a more subjective perspective concerned with the needs and wishes of the patient.

Finally demand-driven care is also positioned on different levels in the health care system: from the level of the individual doctor-patient relationship to the national level of the Dutch health care system. The regional level however becomes more important since responsibilities are delegated towards that level.

The government and the providers in the investigated cases did not pay much attention to the definition of demand-driven care. The government was reserved in giving much control to the patient. In long-term care the patient was given more control, but in short-term care direct control was ultimately reserved for insurers and providers. In the cases there were no clear definitions that were generally known. In the way that respondents spoke about demand-driven care a tension became apparent between the objective medical needs of a patient and the subjective demands of a patient. The providers were also reserved in giving up control.

Perspectives on demand-driven care

Besides differences there were also similarities between the different definitions and concepts. Five central elements can be distinguished:

- The sovereignty of the patient;
- The control of the patient over the delivery of health care;
- The competences of the patient to practice control;
- The responsiveness of providers, insurers and government towards the patient;
- The reciprocity between the different actors involved in the delivery of demand-driven care.

There are different perspectives on the way that these elements should be realized and in what relation to each other they should exist. Finally three perspectives can be distinguished. Two important perspectives are the economic perspective and the participatory perspective. The economic perspective is primarily focused on a redistribution of responsibilities of the involved actors towards a market situation. The participatory perspective emphasizes the active role of the patient in the decision making processes concerning health, both on the individual level as on the organizational, regional and national level. The care-related perspective is a third relevant perspective, which focuses on the mutual efforts of patients and providers to ensure that the patient will receive the care that best suits his needs. This perspective relates to the direct doctor-patient relationship and deals with concepts like ‘shared decision-making’, and professional autonomy and patient autonomy.

Table 1 shows the way in which the central elements of demand-driven care are discussed within the three perspectives.

Table 1

	Economic perspective <i>(regulated competition)</i>	Participative perspective	Care-related perspective
Sovereignty	Exit-option	Voice-option	Self-determination
Control	Consumer <i>(consumer and insurer)</i>	Mutual responsibility	Patient and professional
Competences of the patient	Choice options; rationality	Active citizenship	Willingness to participate; inquire; decision making
Responsiveness of the provision-side	As a result of competition <i>(as an agent)</i>	Accountability/ legitimacy	Creation of trust; inquire; inform and support
Reciprocity	Market equilibrium <i>(principal-agent relation)</i>	Mutual responsibility	Shared decision making

Influencing factors

Several factors are considered to influence the way that demand-driven care gets meaning in Dutch health care: the characteristics of the primary process of health care delivery; the institutional context; the interorganisational interactions that exist between the different actors and the strategic behavior of these actors.

The cases that were studied were selected on the basis of the institutional context and the characteristics of the primary process. From the results of the study it can be concluded that the formal institutional context indeed has a structuring influence on the interaction between the different actors. However the formal institutional arrangements are interpreted and applied within the context of (experienced) interdependencies between actors in the daily practice of organizing and delivery of health care. These interdependencies are therefore also of great influence on the interpretation and implementation of demand-driven care.

The characteristics of the primary process, the delivery of health care to the individual patient, also influences the way that demand-driven care gets meaning and shape in Dutch health care. In short-term care the medical specialists had a dominant position and 'demand' was interpreted in a medical-professional, objective manner. In long-term care the responsiveness of providers towards the subjective needs of the patient was much larger.

To formulate their long-term goals providers also used the concept 'demand-driven care', but they also used it strategically to legitimize their actions.

Demand-driven care in practice

The three perspectives on demand-driven care do not only exist in literature and debates, but they could also be distinguished in the daily reality of Dutch health care. In the rhetoric concerning the innovation of health care, the economic and the care-related perspective were prominent. The economic perspective was used to clarify the way that providers perceived their relations with external stakeholders. The care-related perspective was used to make the position of the patient within the health care delivery process more explicit. The participatory perspective was not clearly present in the rhetoric used by providers.

The implementation processes studied showed a different balance between the three perspectives. The care-related perspective was also clearly present in the innovation processes that were studied, especially in the long-term care. In short-term care there was a tension between respecting the autonomy of the patient and meeting the medical standards.

The economic perspective was not so dominant as it was in the way that providers spoke and wrote about health care organization and innovation. Interdependencies and existing relations make actors reserved to actively compete with regional health care partners.

The participatory perspective was much more present in practice, partly because of the formal institutions that facilitated the participation of patient on different levels of the health care system. Providers did however struggle with the position of patients in the decision making process and the amount of influence patients should have.

Conclusion

If the results of the study are used to reflect on the central question, it can be concluded that demand-driven care really gets meaning in Dutch health care. An unambiguous definition can not be derived from the exploration of the concept, but actors do not seem to attach much importance to that anyway. The central elements of demand-driven care (the sovereignty of the patient; the control of the patient over the delivery of health care; the competences of the patient to practice control; the responsiveness of providers, insurers and government towards the patient; the reciprocity between the different actors involved in the delivery of demand-driven care) are interpreted from three perspectives: the economic perspective, the participatory perspective and the care-related perspective. These perspectives are used to formulate expectations and ambitions concerning health care and demand-driven care, but in practice demand-driven care is still under construction. Health care policy and societal developments create incentives for providers to pay more attention to patients and their demands, but this is still very much incorporated in the existing structures and relations. There is a tension between the influence of the expertise of the patient and the expertise of the specialist on the decision making process concerning the delivery of health care.

Furthermore there is a tension between the role of the patient as part of the delivery process and the role of the patient as an external stakeholder. Both roles demand a different attitude and different actions of the provider towards the patient.

These tensions exist but providers can still avoid decisions and clear action concerning these matters.

The three perspectives that were distinguished outline different scenario's along which demand-driven care can be developed in Dutch health care. All three perspectives are already present, but especially the participatory perspective demands a reorientation on existing structures and relations.

Discussion

Besides an answer to the central question, the results of the study also give cause for a consideration of several aspects that are outside the direct scope of this study.

The fact that there is no generally accepted definition of demand-driven care and that there is no development towards a general definition gives cause to question the legitimacy of the term. The use of the term demand-driven care should be critically evaluated on its additional value in comparison with concepts like market competition, quality of care and citizenship.

In the pursuit of demand-driven care, health care actors are influenced and stimulated to fulfill the tasks and roles as seen fit by the government. In this development there is a risk that the patient perspective is also manipulated in such a way that what remains is an interpretation of the patients' needs and wants by the government, providers and insurers.

It is also essential to recognize the importance of (perceived) interdependencies between health care actors. Actors are strongly influenced by their relations with external stakeholders because they depend on them in pursuit of their own goals. The influence of formal institutions and societal developments on health care is buffered by the interdependencies. This fact should be taken into account in the process of empowering the patient.

The last point of discussion focuses on the fact that individuals have different roles within the public health care system. Insured, patients and citizens all communicate in different ways and on different levels with providers, insurers and government. Each role, however, represents different interests and perspectives on what is important in the organisation of health care. The different lines of communication can strengthen each other, but can also be counterproductive. It is primarily the responsibility of the demand side to coordinate the different interests and perspectives, but providers and insurers should also be transparent in the way they gain insight in the demand of health care.

Dankwoord

Toen ik gevraagd werd om een proefschrift te schrijven als Assistent in Opleiding was ik erg blij met deze kans. Dit proefschrift is het eindresultaat van mijn verkenning van het begrip vraagsturing in de Nederlandse gezondheidszorg. Mijn promotie is echter het eindresultaat van een zeer waardevol leerproces dat verder reikt dan alleen het schrijven van dit proefschrift. Graag wil ik iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan het succesvol afronden van mijn promotieproces. Een aantal personen wil ik in het bijzonder bedanken.

Allereerst mijn promotoren, Tom van der Grinten en Walter Kickert. Ik wil jullie alle twee bedanken voor een fijne begeleiding. Als begeleiders vulden jullie elkaar goed aan. Tom, je had altijd tijd om even mee te denken en het was waardevol om van je ervaringen en inzichten te mogen leren. Walter je hield mij altijd scherp in je rol als ‘advocaat van de duivel’. Als ik je niet kon overtuigen wist ik dat er nog werk aan de winkel was.

Mij is de mogelijkheid geboden om tijdens mijn promotieonderzoek maar liefst drie werkplekken te hebben. Ik had een gedeelde aanstelling bij het iBMG en bij Bestuurskunde. Bij Bestuurskunde heb ik veel nieuwe kennis opgedaan. Het volgen van onderwijs bij de Nederlandse Onderzoeksschool Bestuurskunde (NOB) en het bijwonen van bijeenkomsten bij de faculteit, vooral het aio-platform, was altijd zeer inspirerend. Daarnaast heb ik veel geleerd van mijn gesprekken met Sandra van Thiel, Mirko Noordegraaf en Jeroen Huijsman die mij vanuit hun expertise een waardevolle spiegel konden voorhouden omtrent mijn onderzoek.

Het iBMG vormde een vertrouwde omgeving, waarin mijn oude docenten uiteindelijk gewaardeerde collega’s werden. De collega’s vormden goede sparringpartners, maar ook gezellig gezelschap.

Gerard, als mijn kamergenoot had je altijd tijd voor leuke discussies.

Kor, ik wil je bedanken dat je mijn proefschrift kritisch wilde lezen en mij je waardevolle commentaar hebt willen geven in de laatste fase van mijn proefschrift.

Meiden van de B&O, met jullie heb ik veel gezellige uurtjes beleefd, met lekker eten en een glaasje wijn. Dit waren noodzakelijke momenten van ontspanning tijdens het lange proces van promoveren.

Ik heb het geluk gehad om al vrij vroeg in mijn promotieproces bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te kunnen gaan werken. Door daar mee te werken aan adviezen werd mijn kijk op beleidsprocessen rondom de gezondheidszorg verscherpt en kreeg ik de kans om met mensen te werken die me veel konden en kunnen leren. Ondanks het feit dat ik daar maar 1 dag in de week werkte voelde ik me er meteen volledig geaccepteerd.

Pieter en Margrietha ik wil jullie bedanken voor de kans die jullie mij geboden hebben om mijn proefschrift te kunnen combineren met het werk bij de RVZ.

Het proefschrift had er uiteindelijk niet kunnen komen als de mensen in het veld mij niet de mogelijkheid hadden geboden om bij hun in de organisatie te komen kijken en hun ideeën en opvattingen te delen. Hierbij wil ik het Deventer Ziekenhuis, Stichting Welstaete, AZGR, de Sint Maartenskliniek en Alant Medical hartelijk danken voor hun medewerking aan mijn proefschrift.

Daarnaast ook heel veel dank aan alle respondenten die ik in het kader van mijn proefschrift heb gesproken.

Wellicht is het afgezaagd, maar daarmee niet minder waar: de steun van familie en vrienden is een noodzakelijk ingrediënt voor een succesvol promotieproces. Werk ging vaak voor plezier en dat betekende soms dat ik mensen weinig zag. Daarnaast waren er ook momenten dat het allemaal niet zo makkelijk ging en ik even een peptalk nodig had.

Pa en ma, jullie hebben mij altijd gesteund. Door nooit druk uit te oefenen met hoge verwachtingen, maar altijd vol overtuiging achter mij en mijn keuzes te staan, hebben jullie mij een mooie basis gegeven. Door deze basis heb ik dit promotieproces aan durven gaan.

Lieve Wander, jij bent uiteindelijk mijn rots in de branding geweest. Je hebt mij ook altijd gesteund en gemotiveerd. Voor mij is ons thuis een rustpunt en ben jij mijn motivator. Je floot me terug als ik even rust nodig had en je zette me aan om door te gaan als ik het even niet zag zitten. Uiteindelijk wilde je ook de vormgeving van mijn boek doen, het sluitstuk van het promotieproces. Hierdoor hebben we de laatste stappen samen kunnen zetten. Ik had me geen betere voltooiing kunnen wensen!

Tot slot wil ik mijn twee paranimfen, mijn zus Sandra en mijn vriendin Evelien, bedanken. Sandra, als mijn oudere zus ben je altijd iemand geweest waarmee ik overal over kan praten. Mensen zeggen altijd dat we veel op elkaar lijken en dat vind ik een groot compliment.

Evelien, je bent een vriendin, waarmee ik zowel persoonlijk als professioneel veel kan delen. Je bent zelfs zo moedig geweest om onder aanzienlijke tijdsdruk mijn proefschrift van a tot z te lezen om de laatste kromme zinnen en taalfoutjes er uit te halen. Ik hoop dat ik iets terug kan doen bij je eigen proefschrift.

Uiteindelijk is mijn promotie een mooi traject geweest waarin ik veel heb mogen leren van mijn promotoren en collega's en veel ondersteuning heb mogen ervaren van mijn vrienden en familie. Een bijzondere ervaring die ik iedereen van harte aanbeveel.

Curriculum Vitae

Wendy Gerarda Maria van der Kraan werd op 16 januari 1977 geboren in Wormerveer, gemeente Zaanstad. Na het behalen van het VWO-diploma aan het Sint Michaël-College te Zaandam studeerde ze Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze studeerde in 2000 Cum Laude af op de relatie tussen kwaliteitszorg en het lerend vermogen van een ziekenhuisorganisatie.

Daarnaast voltooide ze aan hetzelfde instituut een aanvullende specialisatie op het gebied van gezondheidszorgonderzoek. In 2000 startte ze tevens haar promotie-onderzoek naar vraagsturing in de gezondheidszorg bij de vakgroep Bestuurskunde en het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze publiceerde over dit onderwerp onder andere in 2001 het boek 'Vraaggericht en Vraaggestuurd' uitgegeven door Zonmw. Daarnaast heeft ze voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verschillende achtergrondstudies geschreven over de onderwerpen vraagsturing, patiëntenparticipatie en het patiëntenbeleid.

Sinds 1 december 2005 is ze werkzaam als wetenschappelijk onderzoeker bij het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en sinds 2002 is ze tevens in deeltijd werkzaam als beleidsonderzoek bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).